

Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling



Det Helsevitenskapelige Fakultet

Master i Spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Anders Ask

Studentnummer: 241924

Kull: AIO – (Intensiv, 2017-2019)

Veileder: Dagrunn Nåden Dyrstad, førsteamanuensis, HV, UiS

Dato: 25. april 2019

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE,
spesialisering i:
Intensivsykepleie**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2019

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anders Ask

VEILEDER: Dagrunn Nåden Dyrstad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Stressmomenter i intensivsykepleieres arbeidsdag ved intensivavdeling

Engelsk tittel: Intensive care nurses' environmental challenges in intensive care unit

EMNEORD/STIKKORD: intensivsykepleie, stressmomenter, intensivavdeling

ANTALL ORD: 16760

STAVANGER 25.04.19

Forord

Jeg vil først og fremst takke min veileder Dagrunn Nåden Dyrstad, som har gjort det mulig for meg å gjennomføre en masteroppgave. Jeg hyller veiledningen som eksemplarisk, hvor hun har gjort en formidabel jobb med å veilede meg gjennom de ulike fasene av arbeidsprosessen. Hun har vist stor interesse og engasjement, som har resultert i økt motivasjon og tro på meg selv i prosessen.

Jeg vil takke alle informantene for sine verdifulle bidrag, som har gjort studien mulig.

Jeg vil takke avdelingene som har bistått med informanter.

Jeg vil takke min arbeidsplass som har gitt meg mulighet og fleksibilitet til å gjennomføre masterstudiet, samt også en takk til bibliotekar ved HVL, Irene Vold for søkehjelp til forskningsartikler.

Til slutt vil jeg også takke alle venner, medstudenter og kollegaer som har bidratt til diskusjon og støtte rundt studien, emnet og faget.

Sammendrag

Studien har tatt sikte på å se nærmere på intensivsykepleieres opplevelser av stressmomenter i arbeidsdagen ved intensivavdeling.

Bakgrunn for dette er selverfarte opplevelser hvor intensivsykepleiekollegaer opplever høy arbeidsbelastning, stress og utbrenthet, samt ønske om å finne seg ny jobb. Dette er særskilt aktuelt fordi intensivsykepleiere også er en mangelvare ved norske sykehus i dag. Dersom det er en reell situasjon med høyt frafall fra intensivavdelinger og rekrutteringen er utilstrekkelig, kan vi gå en lite bærekraftig fremtid i vente med tanke på intensivsykepleiere ved intensivavdelinger. Studiens hensikt var å identifisere intensivsykepleieres erfaringer med stressmomenter i arbeidshverdagen, samt forslag til konkrete tiltak som kan iverksettes ved intensivavdelinger.

Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming og gjennomført to fokusgruppe-intervjuer ved to ulike intensivavdelinger. Funnene viste at intensivsykepleierne beskrev flere stressmomenter i sin hverdag, som lav bemanning, full avdeling og opplevelser av uetisk behandling. Informantene kom med uttaler om positive momenter, som å snakke ut om situasjoner, arbeide i team, og støtte hverandre.

Summary

The aim of this study was to reveal the intensive care nurses' thoughts and experiences around stressful elements in their work at the intensive care unit.

The background for this, is self-developed experiences surrounding other intensive care nurses' colleagues which have expressed their dissatisfaction surrounding work-environment, stress and burnout, and had intentions about leaving their jobs. This topic is highly relevant today, because there are shortages of intensive care nurses in hospitals in Norway. If the situation is realistic, concerning dropouts of intensive care units and the recruitment are insufficient, the future could be even more concerning.

The purpose of this study was to both identify the intensive care nurses' experiences, but also promote suggestions to reduce and prevent stressful situations in the daily care. A qualitative method was used and two focus group interviews were done at two different intensive care units. The findings showed that intensive care nurses illustrated several stressful elements such as inappropriate staffing, high work load, and unethical treatment. The informants also revealed positive elements, such as social support from colleagues, teamwork and positive feedback.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Summary	III
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt	2
1.2 Studiens relevans og hensikt	2
1.3 Problemstilling:.....	3
2.0 Teoretisk rammeverk	3
2.1 Stress og stressmestring.....	3
2.2 Pasientsikkerhet	6
2.3 Tidligere forskning	7
3.0 Metode og metodiske overveielser	13
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag.....	13
3.2 Valg av design	15
3.3 Fokusgruppeintervju som metode	15
3.4 Intervjuguide	16
3.5 Utvalg av informanter	17
3.6 Kontekst og gjennomføring av fokusgruppeintervju	18
3.7 Transkripsjon	19
3.8 Analyse	20
3.9 Troverdighet i studien.....	22
3.9.1 Reliabilitet.....	22
3.9.2 Validitet	23
3.9.3 Overførbarhet.....	24
3.10 Etske betraktninger.....	24
4.0 Resultater	26
4.1 Tema 1: Kompleksitet i organisering og alvorlige problemstillinger ved intensivavdelingen	26
4.1.1 Mangel på personell og kompetanse i intensivavdeling	26
4.1.2 Mentale utfordringer for intensivsykepleierne	28
4.1.3 Intensivsykepleierne strekker seg langt for avdelingen	31
4.2 Tema 2: Faglig støtte og inspirasjon	32
4.2.1 Kollegial støtte og samhold	32
4.2.2 Luften ut tanker etter påkjenninger	33
4.2.3 Faglige utfordringer, kompetanse og variasjon i arbeidsoppgaver	34

5.0 Diskusjon	35
5.1 Negativt stress i intensivsykepleier sin arbeidshverdag	35
5.2 Faglig støtte og inspirasjon	43
5.3 Studiens reliabilitet og validitet	46
6.0 Konklusjon	48
7.0 Referanser	49

1.0 Introduksjon

Jeg har valgt å skrive om hvilke stressmomenter intensivsykepleiere opplever i arbeidet ved intensivavdelingen. Kort fortalt omhandler dette å kartlegge stressmomenter som påvirker arbeidsdagen og arbeidsmiljøet til intensivsykepleiere ved intensivavdelinger. Norsk Sykepleierforbund viser også til at det er mange utfordringer for intensivsykepleiere i Norge de kommende år (NSF, 2015) Forskning og studier viser til at det er mange stressmomenter og påvirkninger fra indre og ytre miljø blant intensivsykepleiere. Kvalitetsforbedringsstudien har som hensikt å indentifisere de momenter som oppleves mest relevante, samt å fremme forslag til tiltak som kan bidra til en bedre arbeidshverdag for intensivsykepleiere.

Hverdagen i en intensivavdeling er ofte preget av intensitet, krav om stor grad av årvåkenhet, presisjon og evne til å prioritere. Arbeidet er komplekst og mangfoldig og tempoet er ofte høyt (Gulbrandsen & Stubberud, 2015, s. 39).

Intensivsykepleiere er en mangelvare ved intensivavdelinger i Norge (Dolonen, 2017). Man kan da stille spørsmål om hva som er grunnen til dette. En kan undre seg over om dette kun er et fenomen i Norge, som på papiret skal være bedre bemannet sammenlignet med sykehus i resten av Europa.

Dette oppleves til å være en trend både i Norge og i Europa. I en studie hvor intensivsykepleiere, blir spurt om å de har planer om å skifte jobb, svarte hele 41% ja, og 18% at de hadde konkrete planer om å skifte jobb innen ett år (Fitzpatrick et al. 2010).

Norsk Sykepleierforbund er bekymret for fremtiden ved norske sykehus pga. manglende oversikt over hvor mange spesialsykepleiere det er i Norge, samt for lav rekruttering av nye spesialsykepleiere (NSF, 2015). Det er altså et todimensjonalt dilemma i henhold til utfordringer for både arbeidsmiljøfaktorene til intensivsykepleierne, samtidig som den lave rekrutteringen i praksis betyr at det vil være en varig mangel på yrkesgruppen, som igjen vil resultere i vanskeligheter for å bedre intensivsykepleier bestanden i lang tid fremover.

NSFs leder for intensiv faggruppen (NSFLIS), Sigbjørn Flatland, anslår at Norge kan mangle opptil 1000 intensivsykepleiere innen 3 år. Mangel på intensivsykepleiere kan føre til strykning av operasjoner som kan påvirke pasientsikkerheten, mer overtidbelastning og mindre kvalifisert personale på jobb etc. (Dolonen, 2017). Forbundsleder Eli Gunhild By sier at det mangler en nasjonal oversikt over personellsituasjonen for spesialsykepleiere. Dette er alvorlig og NSF forventer nå at helsemyndighetene tar tak i dette (NSF, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Både før, etter og under intensivsykepleierutdanningen har jeg merket at det har vært stor etterspørsel etter «oss» som intensiv-student(er)/sykepleier(e). Utdanningen er etter egen erfaring ikke like populær som anesthesiutdanningen og oppleves som lavere i innad hierarkisk anselighet. Dog innebærer den stor bredde i kunnskapsregisteret og jevnt over høy kompetanse, som benyttes til kompliserte kliniske pasient scenarier. Man kan stille seg spørsmål om det kun er på grunn av de «tunge» arbeidsoppgavene at mangelen og etterspørselen for intensivsykepleiere øker? Eller kan det være at det er momenter som påvirker intensivsykepleierne fra arbeidsmiljøet med bakgrunn i rent administrative retningslinjer? Er intensivsykepleierne mer utsatt for slitasje, arbeidspress, utbrenthet og lignende, enn andre sykepleiere? På nåværende tidspunkt etterlyses det veldig mange intensivsykepleiere, med kontinuerlig progredierende behov. Dolonen (2017) skriver at det videreutdannes for få, og det må leies inn vikarer fra Sverige og Danmark, samt at belastningen blir større på de som allerede er i arbeid. Jeg ønsker å undersøke hvordan intensivsykepleierne opplever sin arbeidshverdag.

1.2 Studiens relevans og hensikt

Det er mange mulige momenter som spiller inn på arbeidsmiljøet og arbeidshverdagen til intensivsykepleierne ved intensivavdelinger. Med bakgrunn i NSFs bekymring over mangel på spesialsykepleiere (NSF, 2015), er denne studien spesielt relevant for å finne ut noe om årsaken til dette. Ved å studere dette temaet er det håp om å kunne identifisere mulige tiltak som kan bidra til å kunne løse noe av årsaken til mangel på spesialsykepleiere. Det bemerkes at det i denne oppgaven er et intensivsykepleierperspektiv og ikke et pasientperspektiv, dog vil det bli utdypet

viktigheten av sammenhengen her. Hensikten med denne studien er å beskrive intensivsykepleieres opplevelse av stressmomenter i arbeidshverdagen, samtidig som det også er viktig å undersøke hvilke momenter som reduserer stress, og skaper jobbtilfredshet og andre motiverende momenter.

1.3 Problemstilling:

Hva opplever intensivsykepleiere som stress i sin arbeidshverdag?

- Hva medfører negativt stress?
- Hva reduserer stress?

2.0 Teoretisk rammeverk

På generelt grunnlag er det mange momenter som påvirker intensivsykepleierne på arbeid. I denne studien velges det teori om stress og stressmestring, samt pasientsikkerhet. Dette er emner som er nærliggende og aktuelle i denne kvalitetsforbedringsstudien, da de har direkte innvirkning på de emnene studien omhandler.

2.1 Stress og stressmestring

Lazarus & Folkman (1984) omtaler opplevelsen av stress som å handle om hvilken betydning og mening en person oppfatter at hendelsen har for selvet. Dette gjelder særskilt når det handler om tap, trussel, utfordring eller skade.

Stress kan bli definert på tre ulike måter:

- som en ytre påvirkning (stress-stimuli/stressor)
- som en fysisk eller emosjonell reaksjon på ytre påvirkning (stresserfaring)
- som en respons på samspillet mellom de ytre påvirkningene og reaksjonene mellom dem (Lazarus & Folkman, 1984).

Når en person blir utsatt for ytre påvirkninger, vil personen ut ifra sine erfaringer omkring et fenomen, mestringen er rettet mot, bruke ulike mestringsstrategier, som personen relaterer mot det spesifikke fenomen. Eksempler på slike mestringsstrategier kan være forsvarsmekanismer eller problem-løsnings mekanismer. Etterhvert som en

person lærer å mestre situasjoner vil selvtillit og selvfølelse rundt et fenomen øke, og fenomener i tråd med mestringssevne, ikke lenger skape frykt og angst.

Videre peker Lazarus & Folkman på tre ulike hovedtilnærminger til å mestre et problem:

En kognitiv-fenomenologisk – tilnærming til et problem relateres til at det er forskjellige stadier i forståelsen og vurderingen av et fenomen. Eks. før et problem oppstår gjøres det vurderinger av sannsynligheten for at problemet vil oppstå, og eventuelt om det kan unngås. Skadeomfang og det om det går an å redusere skade ved inntreff vurderes. Dersom det oppleves umulig å gjøre noe med, vil en person ta heller i bruk emosjons-regulerende mestringsstrategier.

En emosjonsfokusert mestrings – tilnærming handler om å minske det emosjonelle stresset gjennom kognitive prosesser, som gjøres ved å forsøke å minske betydningen av fenomenet, med å minimere, unngå, distansere seg, gjøre det ubetydelig etc.

En problem-fokusert mestrings tilnærming handler om det å definere et problem og se på alternative løsninger, tenke over fordeler og ulemper, og handle på bakgrunn av den vurderingen som gjøres her. Noen av strategiene som inngår i denne formen for mestrings, kan blant annet være å tilegne seg nye egenskaper og gjennom endring av atferd (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus & Folkman (1984) omtaler mestrings som en skiftende prosess hvor en stadig må re-evaluere en situasjon og dens meningsinnhold, og ens forståelse av den. Ved hjelp av en problem-løsnings-fokusert tilnærmingsprosess gjør vi et forsøk på å endre omgivelsene eller vår egen forståelse av situasjonen. Belastende situasjoner vil kunne føre til at vi i denne prosessen går gjennom flere mestringsstadier, hvor vi veksler mellom å trekke oss tilbake og derfra konfrontere situasjonene, og over tid vil hyppigheten her etterhvert avta og forsvinne. Denne prosessen ses på som nødvendig for personlig vekst med økt selvfølelse, velvære og mindre angst ifølge Lazarus & Folkman (1984).

Selye (1983) belyser stress på en annen måte og refererer til tre ulike typer stress:

- Godt eller sunt stress (eustress), hvor kroppen blir påvirket med at pulsen går raskere, hormonene endres og det er ingen opplevelse av trussel eller frykt. Ofte

relatert til sportslige aktiviteter, forelesning eller utfordrende arbeidsoppgaver.

- Akutt stress, det kommer plutselig og gjerne overraskende, hvor en trenger rask reaksjon. Det er nødvendigvis ikke negativt, dersom en klarer å tilpasse seg.
- Kronisk stress (distress), en negativ form for stress, hvor gjentatte innfall av stressfaktorer som påvirker en negativt, f.eks. på en stressende jobb, eller vanskelig familieliv. Kroppen er ikke konstruert for kronisk stress, og det kan derfor utløse negative helseeffekter (fysisk og psykisk). Det er dog mulig å endre usunt stress, dersom en endrer oppfatningen av selve stressfaktoren(e).

Helsedirektoratet (2017) omtaler også en type stress som *kronisk stress* (distress) og at den er en negativ stresstype. Stress oppstår ved gjentatte møter med stressfaktorer som virker belastende og uunngåelige, eksempelvis en jobb, kan derfor føre til kronisk stress. Kroppen er ikke konstruert for kronisk stress, dette kan føre til utvikling av negative helseeffekter over tid.

I kjølvannet av begrepet stress, har Helsedirektoratet (2017) lansert en kampanje med fokus på stressmestring, både for å sette fokus på hvilke konsekvenser stress har og hvordan det kan bli identifisert, men også hvordan en kan mestre stress.

Begrepet mestring (coping) er et positivt ladet begrep og et viktig moment på veien til bygging av selvtillit og selvbildet. Vifaltdt & Hopen (2004 s.61) omtaler det slik: *«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre».*

Antonovsky (1987) sin modell om stresstilpasning, inkluderer begrepene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Teorien går ut på å se på hva som gjør at en person takler stress, mens en annen ikke gjør det. Begrepet opplevelse av sammenheng (OAS), brukes til å forklare en vellykket mestring av en stressor. Derav mestring er vellykket bruk av de mestringsressurser en har. Eksempelvis kan sterk identitet og sosial støtte være slike mestringsressurser. OAS står også sentralt dersom en skal forklare belastninger og kriser i tilværelsen. For at en skal kunne få opplevelsen av sammenhengen, må personen

kunne forstå/begripe situasjonen (begripelighet). Personen må tro på at løsninger finnes (håndterbarhet). Personen må oppleve at det er meningsfullt å prøve å finne løsninger (meningsfullhet).

Det er nok uunngåelig for intensivsykepleiere å være fritatt fra stress i arbeidshverdagen, dog kan små og store stress påkjenninger bidra til en positiv mestringsfølelse (coping), som ekspanderer selvtilliten og rekkevidden til intensivsykepleierne. Det er det negative stresset over tid (distress) som tærer på, da disse stress-faktorene har et utspring i årsaker som er vanskelige å få gjort noe med da de har bakgrunn i administrative føringer.

2.2 Pasientsikkerhet

Intensivsykepleieres opplevelse av arbeidsdagen(e) har sannsynligvis innvirkning på kvaliteten på pleien som blir gjort til pasientene. Pasientene på sin side har dog gjennom norsk lov krav på sikkerhet i form av kvalitetssikret behandling, jamført i Pasientrettighetsloven §1-3c (1999):

Lov om pasient- og brukerrettigheter

«helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell»

For at helsepersonell skal kunne yte tilstrekkelig kvalitet, må forholdene ligge til rette. Braut & Holmboe (2015) omtaler kravet om forsvarlighet, som at det også er synonymt med et krav om forsvarlig organisering av virksomheten. Det viser at det er organisatoriske og systematiske tiltak som gjør det mulig for helsepersonell å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Underliggende faktorer er fungerende utstyr, tilstrekkelig kompetanse hos personalet, at ansvarsforhold er avklart, og forsvarlige vaktordninger.

I Helsepersonelloven §2.4-5 beskrives “Sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten”. Samtidig skal helsepersonell *«utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets*

karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999 §2.4-5). I loven står det også at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999).

Storm & Wiig (2010) omtaler pasientperspektivet som viktig vedrørende pasientsikkerhet. Det benyttes flere begreper (pasient- og brukermedvirkning, pasienterfaringer, pasientsentrert omsorg) og tilnærminger blir benyttet på individ- og systemnivå. Det er et hovedpoeng at pasientens perspektiv skal sikres, og at pasienten og pårørende får mulighet til å medvirke i beslutninger om egen behandling og omsorg (individnivå). Intensivsykepleierens oppgave blir å se pasientens psykiske faktorer som forståelse av sykdommen, erfaringer og følelser. En kan da oppfordre til pasientinvolvering i omsorgs- og behandlingsbeslutninger. Dermed kan det skapes et forhold som danner et grunnlag for samarbeid mellom pasient og helsepersonell for å jobbe mot et felles mål når det gjelder forutsetninger for behandling og sørge for kvalitetssikring.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og FNs menneskerettserklæring. Her defineres intensivsykepleieren som en utøver av avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innen områdene pasientbehandling, undervisning, fagutvikling, samhandling og organisasjon. Videre står det at Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ funksjon. (NSFLIS, 2017).

2.3 Tidligere forskning

Det er gjort et vesentlig antall studier både kvalitativt og kvantitativt som skildrer ulike perspektiver rundt utfordringer i intensivsykepleierens arbeidshverdag.

Det er gjort hoved søk i CINAHL databasen med søkeordene:

critical care, critical care unit, intensive care nurse, intensive care unit, work pressure, job satisfaction, burnout, job burnout, work environment, end of life, palliative, work force, empowerment.

I litteratursøket er det i hovedsak fokusert på begrepene intensivsykepleie og/eller intensivavdeling(er), samt i retning mot arbeidstilfredshet, utbrenthet og arbeidsmiljø. Ut

ifra relevante treff, er alle verdensdeler representert, til tross for at det er stor sannsynlighet for varierende arbeidsstrukturer i de land hvor artiklene er hentet fra. Under gjennomgang av ulike studier, har mange nye blitt funnet som referanser i studiene, hvor områdene rundt de tiltenkte hovedmomentene har utvidet seg til stadig flere relevante undertema.

En italiensk studie (Galletta et al. 2016) viser at emosjonell utbrenthet kunne relateres til direkte kynisme i henhold til høy arbeidsbelastning. Kynismen påvirket samarbeidet og gav lavere arbeidseffektivitet. Det blir presentert en hypotetisk modell hvor utbrenthet fører til kynisk adferd. Forfatterne definerer kynisk adferd som en bivirkning av utbrenthet, som påvirker evnen til å kommunisere og samarbeide med andre intensivsykepleiere. Dette fører til nedsatt behandlingseffekt og det får negative konsekvenser for pasienter som blir mer utsatt for infeksjoner. De psykososiale aspektene, gav utslag i hyppigere sykehusinfeksjoner med utspring i de vanskelige arbeidsomstendighetene. Utbrenthet kan indirekte påvirke økt grad av sykehusinfeksjoner pga. kvaliteten på pleien. Det å redusere utbrenthet kan være en relevant strategi for å redusere infeksjoner og ikke minst forbedre sykepleiernes velbefinnende og kvaliteten på sykepleien. Lignende funn i en gresk studie (Karanikola et al. 2013) viser til sykepleiere som opplever utbrenthet og gradvis tap av positive følelser for sitt arbeid, selvet og personene de bryr seg om. Motivasjon blir byttet ut med utbrenthet, kyniske handlinger, og nedsatt effektivitet i forhold til lavere arbeidskapasitet og mistriivsel. Utbrenthet påvirker også derfor ikke bare den individuelle sykepleierens livskvalitet, men den kan også påvirke kvaliteten og sikkerheten i arbeidet som blir gjort av sykepleier. Van Mol (2015) omtaler det som et essensielt område for intensivsykepleierne å kunne gi av seg selv, være tilstede og empatiske. Dersom denne evnen stagnerer, kan det resultere i en emosjonell byrde, som går utover intensivsykepleieren personlig, og kunne manifestere seg i kronisk stress, og utbrenthet.

Arbeidsmiljøet er et viktig moment i arbeidsdagen til intensivsykepleierne, spesielt i forhold til trivsel og utvikling. Alameddine et al. (2008) viser til den amerikanske intensivsykepleierforeningen (AACN) som har identifisert 6 essensielle faktorer som bidrar til et godt arbeidsmiljø:

- profesjonell kommunikasjon,
- godt samarbeid
- effektiv besluttsomhet
- kompetent personell
- anerkjennelse av arbeid
- kvalifisert lederskap

Schmalenberg & Kramer (2007) viser til at alle 6 standardene i AACN er viktige for å kunne skape et godt og produktivt arbeidsmiljø. De viser også til at sykepleiere som tar spesialist videreutdanning, har lettere for å utvikle kollegialt bånd til både sykepleiere og leger, samtidig som de også står bedre rustet til å bidra i autonome avgjørelser, med bakgrunn i sin høye kompetanse.

Van Dam et al. (2013) påpeker at intensivsykepleiere er mer utsatt for arbeidspress når de blir utsatt for emosjonelle- og fysiske anstrengelser og konfrontert med aggresjon fra pasientens pårørende. I tillegg fant forfatterne ut at mangel på muligheter til faglig utvikling også er en av hovedgrunnene til at intensivsykepleiere ønsker å slutte ved sykehus. Studien viser også til at de som har lang erfaring er mindre misfornøyd, de har behov for mindre motiverende støtte og fungerer bedre på nattskift.

Kontogeorou et al. (2017) viser til en høy trend av intensivsykepleiere som slutter i jobben, og at det er behov for tiltak for å forbedre arbeidsforhold og arbeidsmiljø generelt.

I en kinesisk studie kommer det frem at sykepleiernes jobbtilfredshet har signifikant påvirkning i relasjonen mellom et sunt arbeidsmiljø og kvalitets sykepleie. Funn i studien indikerer at sykepleiernes arbeidstilfredshet kan delvis eller helt påvirke relasjonen mellom et sunt arbeidsmiljø og kvalitets sykepleie, derav at fokus på nettopp sykepleierens arbeidstilfredshet vil kunne fremme positiv innvirkning på et sunt arbeidsmiljø, som igjen påvirker kvaliteten av selve sykepleien (Bai, 2015).

Chaboyer et al. (2013) viser til at viktigheten av samarbeid (teamwork) i intensivsykepleien er veldig viktig. Samarbeid, kommunikasjon, lederskap, koordinering og besluttsomhet omtales som helt essensielle verktøy for å kunne gi optimal kvalitets pleie på intensivavdelingen. De viser også til at hovedområdene for forbedring av arbeidsmiljø omhandler kommunikasjon og samarbeid, god bemanning, kompetanse og trening.

Valera et al. (2016) viser til en brasiliansk studie som beskriver negative forhold rundt arbeidsmiljøet, lav bemanning, høy arbeidsbelastning og fysiske og psykiske stressmomenter som kan påvirke helsen til intensivsykepleierne, samtidig som det også går ut over evnen til å utøve kvalitets pleie. Over halvparten av de spurte intensivsykepleierne gav uttrykk for at de ikke var fornøyd med arbeidsforholdene. I studien til West et al. (2014) viser de til at høyere antall intensivsykepleiere per seng blir satt i sammenheng med høyere overlevelses ratio ved intensivavdeling.

Arbeidsbelastning omtales som en stressor, som kan ses i sammenheng med antall pasienter per sykepleier, pga. lav bemanning og ikke-sykepleie-relaterte oppgaver med bakgrunn i mangel av andre yrkesgrupper på avdelingen (Matlakala et al. 2014).

Andre årsaker til stressmomenter hos intensivsykepleiere er relatert til arbeidsmiljøet. En stor studie hvor det fokuseres på arbeidsmiljø, hadde en deltakelse på 33 659 spesialsykepleiere (intensiv/operasjon) fra 12 ulike land i Europa. Studien viser til at en av fem var misfornøyd med egen jobb, 11% i Nederland, samt opp til 56% i Hellas. Hovedmomentene til utilfredsheten hos halvparten av sykepleierne var faktorer relatert til arbeidsmiljø, lønn, og mulighet for utvikling og videreutdanninger (Aiken et al. 2013). På samme måte viser Breau & Rhéaume (2014) til resultater som fremhever viktigheten av empowerment strategier som tillater at intensivsykepleiere får arbeide i helsefremmende arbeidsmiljøer. Empowerment begrepet tar utgangspunkt i Laschinger & Leiter (2006) modell, hvor begreper som prestasjon, støtte fra leder, lege-sykepleier relasjon, adekvat bemanning og medisinsk teknisk utstyr, samt et grunnlag for å kunne utøve sykepleie. Forfatterne mente at empowerment da har direkte sammenheng med jobbtilfredshet og mulighet til å utføre kvalitetspleie. Intensivsykepleieres arbeidsmiljø kan forbedres ved at det fokuseres på justerbare faktorer som lederskap, samarbeid mellom lege og intensivsykepleier, og nødvendige ressurser til at intensivsykepleierne kan utføre kvalitet i pasientpleien. Et godt arbeidsmiljø er ifølge Laschinger & Leiter (2006) nøkkelen til å sikre intensivsykepleiernes arbeidstilfredshet, redusere at intensivsykepleiere slutter og at de kan gi god pasientpleie.

Berland & Natvig (2006) viser til at omorganiseringer-perioder kan virke som et stressmoment for intensivsykepleierne, som kan virke inn på pasientens sikkerhet. Stalpers et al. (2017) viser til at intensivsykepleiere som har mulighet til å kunne gi pleie av høy kvalitet, bidrar til økt jobbtilfredshet.

Etiske og moralske dilemma er andre momenter som påvirker intensivsykepleieres arbeidshverdag. Browning & Cruz (2018) viser til at når intensivsykepleiere ikke utøver pleie etter deres etiske retningslinjer i det kliniske arbeidet, er de mer utsatt for stress i form av moralske dilemma. I takt med den utviklingen som foregår ved intensivavdelinger er intensivsykepleierne i større grad utsatt for å komme opp i situasjoner hvor moralske dilemma dukker opp, i forhold til begrensede ressurser, ikke-gunstig behandling og palliativ behandling. Det å løse disse problemstillingene sammen med lege i forkant kan redusere stress i vanskelige situasjoner. Samarbeid med et effektivt apparat i form av palliativt-team, samt økt kompetanse om etiske dilemma, kan redusere grad av utbrenthet hos sykepleierne. Altaker et al. (2018) viser til at de finner ikke tilstrekkelig bevis på at god informasjon og opplæring om moralske dilemma fører til økt grad av mestring hos intensivsykepleierne. I forhold til opplæring om moralsk dilemma omhandlende palliativ behandling, har ikke intensivsykepleiere med opplæring et fortrinn, dog ble det påvist større grad av stress.

Viktigheten av pasientsikkerhet og kvalitet er også tydelig i en tysk studie gjort ved intensivavdelinger. Den viser til at både intensivsykepleiere og leger er mer utsatt for utbrenthet ved å kontinuere såkalt *non-beneficial* (ikke-gunstig) behandling. Dårlig arbeidsmiljø, høyt arbeidspress og dårlig samarbeid med andre avdelinger, blir indentifisert som faktorer til økt opplevelse av ikke-gunstig behandling, utbrenthet og planer om å bytte jobb (Schwarzkopf et al. 2016).

Fridh (2014) omtaler det som problematisk når pasienten befinner seg i grenseland mellom å være *døende* og en som krever full behandling. Kommunikasjon har vist seg å være den faktoren som påvirker familiene i henhold til å ta standpunkt om hvilke ønsker de har for pasienten. På lik linje er kommunikasjonen mellom intensivsykepleier og lege også veldig viktig med tanke på avklaringer vedrørende pasientens slutfase. Vink (2018) anmoder til å bruke *time-limited trial* (TLT), som et verktøy for å kunne indentifisere pasienter som vil dra nytte av behandlingsnivået en intensivavdeling kan gi, i henhold til å gi livsforlengende behandling, når utsiktene er uklare i forhold til om pasienten kan få et meningsfullt liv etter behandlingen. Under TLT, vil pasientene få full behandling i ett bestemt tidsperspektiv, hvor en kan danne et realistisk innblikk i hvilke muligheter som finnes for pasienten. TLT skal også fungere som en brobygger mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Anstey et al. (2015) viser til en studie hvor 93% av pasientene som får såkalt ikke-gunstig behandling, overbehandles. Samtidig hevder de at det er mye å hente

på å forbedre kommunikasjonen med pasient og pårørende i situasjoner der pasienten er i fare for å få ikke-gunstig behandling. Kompanje et al. 2013 viser til at ikke-gunstig behandling på intensivavdelingen kan føre til seriøse konsekvenser for pasientene, pårørende, leger, intensivsykepleiere og samfunnet. Ikke-gunstig behandling kan bryte med de grunnleggende verdier, ved å videreføre lidelse både til pasient og pårørende, samtidig som det kan påføre moralsk stress og utbrenthet for leger og intensivsykepleiere.

En norsk studie som omhandler pasientsikkerhet relatert til utbrenthet, fremhever at rollen til ledelsen bør være klar over mulige stressmomenter i det daglige arbeidet. Godt samarbeid uten nedbemanninger reduserer faren for stress og utbrenthet (Vifladd et al. 2016). Ballangrud et al. (2012) viser til at 36 % av 218 intensivsykepleiere rapporterte 1-2 feil de siste 12 månedene. Elder et al. (2008) peker på at intensivsykepleiere også unnlater å rapportere avvik, i frykt for å havne i problemer, både for seg selv og med kollegaer. Rothschild et al. (2005) omtaler kritisk syke pasienter som mest sårbare i henhold til å bli eksponert for feil behandling, i sammenheng med sykdomstilstanden og kompleksiteten i behandlingen.

Studiene som er blitt presentert, gjenspeiler både like og ulike innfallsvinkler som direkte eller indirekte påvirker intensivavdelingen, intensivsykepleier og pasient/pårørende. Den spredte geografiske datainnsamlingen peker mot at utfordringer innen utbrenthet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø er globale innenfor intensivsykepleien.

Verdens Helse Organisasjons (WHO) rapport fra 2010, presenterer forskning som fremhever effekten av de psykososiale faktorer som påvirker individets velbefinnende. Vitenskapelig forskning har påvist data som viser til at arbeidsrelatert stress og utbrenthet kan føre til muskelsykdommer, hypertensjon, hjertesykdommer og søvnproblemer. Relatert til helsearbeid, er helsearbeidere utsatt i form av en rekke stressmomenter som arbeidspress, redusert sosial støtte på jobb, arbeidsoverbelastning, usikkerhet i forbindelse med pasientbehandling og stor eksponering av lidelse og døende pasienter. Derfor er helsearbeidere i høyrisiko for å bli utsatt for stress og utbrenthet, som igjen har stor risiko for å videreføres til pasientene i form av lavere kvalitet av pleien. Spesielt intensivavdelinger er belastende arbeidsmiljø, på grunn av utfordringene sykepleierne daglig blir utsatt for i form av de kritisk syke pasientene (Leka & Jane 2010).

3.0 Metode og metodiske overveielser

Et vitenskapelig arbeid bør bestrebe og redegjøre for stegene i forskningsprosessen (Thornquist, 2003). I dette kapitlet redegjøres det for det vitenskapelige utgangspunktet oppgaven bygger på. Valg av metode og utvalg, samt gjennomføring av datainnsamling, transkripsjon og analyse blir også beskrevet. Til slutt redegjøres det for oppgavens validitet, reliabilitet og forskningsetiske betraktninger.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet i denne oppgaven er inspirert av en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, for å studere intensivsykepleieres stressmomenter i løpet av arbeidsdagen.

Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersonenes erfaringer. Forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan derfor danne et utgangspunkt for forskningen. Den fenomenologiske reduksjonen innebærer at interessen sentreres rundt fenomenverdenen slik de personene vi studerer, opplever den, mens den ytre verden kommer i bakgrunnen. Forskeren må derfor være åpen for erfaringene til de personene som studeres. Derfor er det sentralt at en forstår fenomenene på grunnlag av perspektivene til de personene vi studerer og beskriver omverdenen slik den erfares av de (Thagaard, 2018). Kvale & Brinkmann (2018) sier at når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter.

Hermeneutikk på sin side fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er en del av. En kan se på tolkningen av intervjuetekster som en dialog mellom forsker og tekst, der forskeren retter oppmerksomheten mot meningen teksten formidler. Ved å tolke disse handlingene som tekst, innebærer det å tillegge handlinger en spesiell mening. (Thagaard, 2018).

Analysen er inspirert av den fenomenologisk hermeneutiske tradisjonen,

hvor det ble forsøkt å etterstrebe en nøytral tilnærming i den grad det er mulig.

Forskning kan defineres på tvers av metodetradisjoner at det handler om en systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene ut over den sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført (Malterud, 2012).

Når en erkjenner at forskning er en form for skapende virksomhet, og at kunnskap alltid er et resultat av interaksjon mellom det erkjennende subjekt og det erkjente objekt bringes forskerens forutsetninger og perspektiver, valg og vurderinger inn i bildet på nye måter. Tas det utgangspunkt i at mennesker er forstående og fortolkende vesener, preget av sin historie og sine sosiokulturelle sammenhenger, innebærer det å erkjenne at samme spørsmål kan oppfattes og fortolkes forskjellig. Likevel kan ulike spørsmål aktualisere erfaringer og tanker av samme art hos forskjellige personer (Thornquist, 2003).

Intervjusataler bidrar til at vi kan utvikle en forståelse av hvordan personer opplever og reflekterer over sin egen situasjon. Kvalitative tilnærminger gir grunnlag for at vi kan fordype oss i og utføre intensive analyser av de sosiale fenomenene vi studerer. Når vi deltar sammen med de personene vi studerer, og samtidig observerer, danner vi et godt grunnlag for å forstå den sosiale sammenhengen som personene er en del av. Det er viktig å bestrebe å redegjøre best mulig for skrittene i forskningsprosessen fra valg av tematikk til siste punktum er satt (Thagaard, 2018).

Thornquist (2003) påpeker at i metodebøker så settes gjerne kvalitativ og kvantitativ forskning opp mot hverandre i form av *dybde* og *innsikt* versus *bredde* og *oversikt*. Målet med kvalitativ forskning er å komme frem til *dybdekunnskap* og å få en *helhetlig* forståelse av *få* enheter, mens målet i kvantitativ forskning er å fremskaffe kunnskap om omfang og utbredelse i forhold til andre enheter.

I starten av studiet var ønsket om å få tak i forståelsen og opplevelsene til intensivsykepleierne ved intensivavdelingene i henhold til stressmomenter i arbeidshverdagen. Med bakgrunn i dette ville en kvalitativ metodisk tilnærming, i større grad enn kvantitativ tilnærming bringe meg nærmere opplevelsen og erfaringene som intensivsykepleierne besitter.

3.2 Valg av design

Denne studien har et kvalitativt, eksplorerende design. Jacobsen (2015) omtaler eksplorerende design med at de ofte vil være rettet mot å gå i dybden på noe. Man forsøker da å få en så helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom personen og den situasjonen han eller hun seg befinner i. I mange tilfeller er vi interessert i å se på samspillet og relasjonene mellom for eksempel et individ og en spesiell kontekst, organisasjon eller gruppe. Det sentrale er fortsatt individets opplevelse, men i tillegg å kartlegge hvordan trekk ved konteksten er med på å skape den spesielle opplevelsen. Kvalitativt design ble valgt for å fange opp intensivsykepleierens egne erfaringer og opplevelser fra sin arbeidshverdag.

3.3 Fokusgruppeintervju som metode

Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaringer og mening hvor vi kan utvikle kunnskap preget av mangfold og nyanser. Disse metodene omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av tekstlig materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Metoden har som mål å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2012). Det er intensivsykepleiere som jobber ved intensivavdelingen de jeg ønsker å få til å uttrykke seg innenfor sitt fagfelt, da de sitter på aktuell relevans i forhold til opplevelser og erfaring fra sitt arbeidsområde som har.

Det er i studien benyttet fokusgruppeintervju som metode for å fange opp meninger og opplevelser, for å nå over flere informanter på en effektiv måte, men også muligheten for informantene å kunne diskutere sammen som en direkte konsekvens av intervjusamtalen, altså skape en dialog. Kvale & Brinkmann (2018) påpeker at et fokusgruppeintervju vanligvis består av seks til ti personer, og ledes av en moderator. Det kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil, der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er på agendaen. Gruppemoderatoren presenterer de emnene som skal diskuteres og legger til rette for dialog. Målet er å skape en atmosfære der man kan uttrykke personlige og motstridende synspunkter rundt de aktuelle emnene. Formålet

er ikke å komme frem til en enighet eller løsninger, men å få frem forskjellige synspunkter fra informantene. Det faktum at det er en gruppe reduserer også moderators kontroll over intervjuforløpet, og samspillet informantene imellom, kan medføre at intervjuene blir noe kaotiske.

Jacobsen (2015) omtaler gruppeintervjuer som først og fremst gode hjelpemidler når det er et relativt avgrenset tema som skal diskuteres. Det kan være mange tilfeller hvor mennesker ikke tenker særlig nøye igjennom hva som skjer når de er til stede under en hendelse. Et gruppeintervju kan være med på å starte en tankeprosess der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet.

3.4 Intervjuguide

Arbeidet med intervjuguiden begynte i etterkant av prosjektplanen. De momentene som ble valgt ut, var det som jeg trodde var mest relevant i henhold til min forforståelse vedrørende tema. Forforståelsen er naturligvis påvirket av den erfaring jeg har i fra mitt arbeid som intensivsykepleier. Den er sannsynligvis også påvirket av flere av de forskningsartiklene som er lest med tanke på utformingen av prosjektplanen. Basert på dette tok intervjuguiden utgangspunkt i følgende fire tema: jobbtilfredshet, utbrenthet, stressmestring og pasientsikkerhet. I følge Malterud (2012) bør spørsmålene under et fokusgruppeintervju være temabaserte, hvor intervjuer stimulerer deltakerne til å snakke om et spesielt tema som er aktuelt for prosjektet. Spørsmålene i intervjuguiden bør være åpne og ikke lukkede. Åpne spørsmål gir mulighet for at deltakerne kan snakke mer fritt om temaet og komme med mer relevant informasjon.

Et viktig aspekt med intervjuguiden var å holde meg nært til den profesjonelle delen av yrket, at spørsmålene skulle omhandle yrket. En utfordring var at informantene skulle holde seg innenfor taushetsplikten og ikke snakke om hverandre. Målet var å få frem skildringer av opplevelser og erfaringer fra intensivsykepleierne, hva de mente og opplevde. Rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden har vært den samme i begge fokusgruppeintervjuene.

3.5 Utvalg av informanter

Thagaard (2018) omtaler et strategisk utvalg hvor man systematisk velger personer eller enheter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen.

Ved en intensivavdeling hvor de fleste arbeider som intensivsykepleiere, indikerer det at de har høy relevans for å kunne ha de gitte kvalifikasjoner som er nødvendig for å kunne svare på spørsmålene i studien. To sykehus ble kontaktet med tanke på deltakelse i studien, begge var positive til å bidra, men understreket at det kunne by på utfordringer i henhold til å skaffe informanter da intervjuene var planlagt utført i arbeidstid, uten noen form for økonomisk kompensasjon verken til avdelinger eller informanter.

I kommunikasjonen med enhetsleder ved de to ulike intensivavdelingene ble det informert om rammer som spesifikasjonskrav til informantene, slik at de var mest mulig skikket med tanke på faglig nærhet og aktive i de daglige arbeidsoppgavene. Funksjonsleder ble bedt om å velge ut 5-6 aktuelle informanter til å delta i en frivillig studie.

Inklusjonskriterier:

- godkjent videreutdanning innen intensivsykepleie, med bakgrunn i at det ikke er et krav om å ha intensivutdanning for å jobbe ved intensivavdeling. Dette sikret at informantene utfører og er involvert i aktiv intensivbehandling av pasienter.
- ansatt i fast stilling ved intensivavdelingen, for å sikre at informantene hadde intensivsykepleie oppgave-relatert praksis, og eliminere vikarer.
- informantene er arbeidsaktive, med bakgrunn i å eliminere pensjonister som tar ekstravakter.
- minst 1 års ansiennitet/arbeid ved intensivavdeling som intensivsykepleier, med bakgrunn i opparbeidet tilstrekkelig erfaring, slik at de kan relatere spørsmålene til egne erfaringer og opplevelser.

Det kom ingen innvendinger til disse kriteriene, alle informantene basert på eget utfylt skjema har vært innenfor de gitte kriterier. Vedrørende selve utvelgelsen ble funksjonsleder gitt frie tøyler til hvem som ble plukket ut for å unngå påvirkning fra intervjuer med tanke på å skape et bekvemmelighetsutvalg.

Det ble sendt søknad til de respektive forskningsavdelingene ved sykehusene som har godkjent prosjektplan, intervjuguide og kvalitetsforbedringsprosjektet til å være i tråd

med deres retningslinjer og de har ikke gitt uttrykk for noen innvendinger vedrørende prosjektet.

I forkant av intervjuene fikk de respektive funksjonsledere tilsendt intervjuguide, prosjektplan og informasjonsskriv til informantene ut fra standard modell fra NSD, hvor det ble redegjort for frivillighet, mulighet til å trekke seg, anonymitet og annen praktisk informasjon. Samtlige informanter har skrevet under på samtykke og ingen har tatt kontakt i ettertid med ønske om å trekke seg.

3.6 Kontekst og gjennomføring av fokusgruppeintervju

Intervjuene ble gjennomført i generelle intensivavdelinger ved henholdsvis ett universitetssykehus og ett fylkessykehus, hvor det utføres både generell intensivbehandling og post-operativ oppvåkning. Det antas at universitetssykehuset behandler hyppigere kritisk alvorlige pasienter i større grad enn fylkessykehuset, som kan videresende pasienter i større grad ved kompliserte problemstillinger. Det er dog ikke lagt noe vekt på dette, i henhold til å skille uttalelser og informanter. Intervjuene ble gjennomført i henholdsvis november 2018 og februar 2019. Det var en del utfordringer i henhold til at det skulle passe for avdelingene å bistå med nok antall informanter til at et fokusgruppeintervju skulle la seg gjennomføre. Det var også en betydelig saksbehandlingstid ved det ene sykehuset ved forskningsavdelingen, som til tross for gjentatte purringer, var behandlingstiden lang før godkjennelsen kom. Forsinkelse var på et administrativt nivå (ikke faglig) og intervju nummer to stod på vent lenge. Det ene sykehuset var et universitetssykehus, hvor intensivavdelingen var relativt ny med totalt 12 tomannsrom, inkludert noen enerom, avdelingen var bemannet til 7 intensivpasienter. Det andre sykehuset var et fylkessykehus med 3 tomannsrom og 1 enerom, samt oppvåkningsenhet inne på samme avdeling.

Begge intervjuene ble gjennomført ved de respektive sykehusene, i skjermede rom utenfor gjeldende avdeling. Jeg hadde forberedt meg ved å møte opp i god tid og tilpasset rommene slik at vi ble sittende i en sirkel rundt et bord, der alle kunne se hverandre. Intervju nummer to ble gjort på et litt mindre poliklinisk kontor og jeg hadde på forhånd blitt lovet fem informanter, men det viste seg å komme åtte stykker, noe som gav oss litt utfordringer i henhold til plass. Det opplevdes likevel som adekvate forhold til tross for at det ble noe mer intimt blant informantene. Intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser i form av støy eller interaksjoner fra andre individer, foruten en poliklinisk

fast-telefon som ringte i lang tid, som jeg tilslutt valgte å besvare for å eliminere. Dette utgjorde ikke noen form for negativ påvirkning i intervjuet.

Dog har dialogen i gruppene gått tidvis litt av seg selv, og noen ganger sporet litt av med tanke på mindre relevante tema. Det var også en utfordring for meg selv, som aldri har utført intervju i lignende skala, hvor jeg prøvde å være bevisst på å ikke spørre ledende spørsmål, men åpne spørsmål hvor informantene selv kunne fritt legge ord på deres forståelse av spørsmålene. Jeg gav en kort introduksjon av meg selv og min sekretær (veileder), og hvilken hensikt jeg hadde med intervjuet, samt gjentakelse av informasjon vedrørende informasjonsskriv osv. Jeg stilte spørsmålene og styrte intervjuet etter intervjuguiden, i den grad det følte naturlig, ettersom noen tema kom opp gjentatte ganger i form av svar fra informantene, og at spørsmålene allerede var svart på. Fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på henholdsvis 1 time i første intervju og 45 minutter ved intervju nummer to til rådighet. Dette med bakgrunn at intervjuene ble gjort i arbeidstiden og informantene var på jobb, utlånt fra avdelingen og det var i praksis et tidspress, uten at dette utgjorde en negativ konsekvens.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, for å muliggjøre en fullstendig transkribering.

3.7 Transkripsjon

Kvale og Brinkmann (2018) omtaler å transkribere som betyr å transformere, skrift(er) fra en form til en annen. Gjennom transkripsjonsprosessen blir samtalen mellom mennesker som fysisk er tilstede, abstrahert og fiksert til skriftlig form. I denne konstruksjonsprosessen, må den som transkriberer underveis ta en rekke vurderinger og beslutninger. Forsøk på ordrette intervjutranskripsjoner skaper hybrider, kunstige konstruksjoner som kanskje verken er dekkende for de *levde* muntlige samtalene eller de skriftlige tekstenes formelle stil.

I denne transkripsjonsprosessen ble det muntlige materialet gjengitt ordrett. Det er dog valgt å unnlate å bruke den opprinnelige dialekten, men benyttet generell bokmålsform. Grunnen til dette kan ses i sammenheng med informantenes konfidensialitet, og ikke minst for å gjøre den ferdige transkripsjonen lettere å lese. Informantene er anonymisert til en kode i henhold til hvilket sykehus, og hvilken fysisk plass informanten satt under intervjuet, dette for å kunne se hvor meningsenhetene stammet fra da de skulle sorteres i innhold etterhvert. Lyden var stort sett tilfredsstillende i lydopptakene, dog ved noen få anledninger var det

tilnærmet umulig å tyde hva som ble sagt, dersom to eller flere informanter snakket samtidig, dette ble da ikke tatt med. Transkripsjonene ble gjort like etter at intervjuene var gjennomført.

3.8 Analyse

I analyseprosessen er det tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundmans (2017) innholdsanalyse. De omtaler kvalitative analyser, hvor det fokuseres på subjekt og kontekst og legger vekt på variasjon, f.eks. likheter og ulikheter innenfor deler av teksten. Det åpner for muligheter til å analysere både manifest og tolket latent innhold.

Først ble det ferdige transkriberte materialet gjennomlest flere ganger og det ble plukket ut meningsenheter med potensielt relevant innhold. Deretter ble det satt inn i en tabell i Excel hvor hvert enkelt utsagn ble lagt inn i en meningsenhet i en kolonnebasert tabell.

Der ble hele utsagnene gjengitt uforandret i meningsenhetene, samt kun kortet ned på tekst i de kondenserte meningsenhetene i neste kolonne. I enda en kolonne ble essensen av meningsenheten kondensert i ulike koder, som beskrev hva meningsenheten handler om. Deretter ble hovedtyngden av kodene vurdert ut ifra hvilken kategori, meningsenheten omhandlet. Disse kategoriene er representert under to ulike hovedtema i resultatdelen. Graneheim og Lundmans (2017) innholdsanalyse tar utgangspunkt i meningsenhetene som manifeste utsagn, som ikke blir tolket, men kondensert og kodet, og plassert under en kategori. Tema er latent innhold, der flere kategorier blir satt sammen og fortolket til et tema. De fire første kolonnene er manifeste meningsenheter som ikke er fortolket, men kondensert ned til koder og kategori, dette har da et fenomenologisk perspektiv. Temaene er selvdefinert/fortolket og de har derfor et latent innhold, med en hermeneutisk tilnærming.

Koding av data er vanlig i analyse av kvalitativ tilnærming. Det betyr at vi deler opp teksten og betegner utsnitt av teksten med kodeord. Ved hjelp av disse kodebetegnelse kan vi finne igjen meningsenheter som beskriver de tema som kodene definerer (Thagaard, 2018).

Når vi anvender en induktiv tilnærming, arbeider vi med utgangspunkt i dataene for å utvikle begreper og analytiske perspektiver. Vi kan enten anvende begreper som deltakerne selv benytter seg av, eller vi utvikler begreper fra vår tolkning av mønstre i

dataene. Begrepene fremhever meningsinnholdet i dataene og styrker forbindelser mellom teori og data.

Thagaard (2018) omtaler formålet med den kvalitative teksten at den skal formidle en meningssammenheng som gir leseren en forståelse av de sosiale fenomenene teksten handler om. Tekstens meningsbærende karakter er basert på de dataene vi har utviklet, og gjenspeiler sådan hvordan fenomenene er tolket.

Tabell 1: Eksempel på analyseprosessen som er inspirert av Graneheim og Lundman (2017).

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
Når ledelsen har gått hjem. Eller det at du skal på natt og du får melding om at det mangler tre på nattevakt. Da blir du litt sånn demotivert. Så kan du noen ganger ha nok folk, men du har ikke nok kompetanse. for dagen, da er det ikke alltid like lett klokka ni på kvelden å få tak i folk på kvelden/natten.	Skal på natt og du får melding om at det mangler tre på nattevakter. Da blir du demotivert. Så kan du noen ganger ha nok folk, men du har ikke nok kompetanse. Når ledelsen er gått hjem, er det vanskelig å få tak i folk	Mangel på kompetanse, SMS fra avdeling Mangel på personell, Vanskelig å få tak i folk om kvelden	Mangel på personell ved intensivavdelin g Mangel på kompetanse Vanskelig å få tak i folk	Kompleksitet i organisasjon og problemstillinger på intensivavdelingen

I analysen er det benyttet en induktiv tilnærming. Graneheim og Lundman (2017) omtaler induktiv tilnærming, som en empiri-drevet tilnærming. Gjennom analysen ser forskeren etter likheter og ulikheter i empirien, som blir beskrevet i kategorier og tema.

Det er altså kun temaene som blir fortolket. Det var dog utfordrende da mange av meningsenhetene hadde en eller flere koder, kategorier og noen av dem kunne vært relatert til mer enn ett tema, dette med bakgrunn i at mange meningsenheter var av betydelig lengde. Etter å ha sortert alt manifestet innhold, ble Excel dokumentet skrevet ut i papirform og klippet ut og hver eneste meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode og kategori ble klippet ut i strimler. Deretter ble de sortert etter kategorier, slik at det ble lettere å kunne definere tema, som ennå ikke var definert med navn, dog kun arbeidstitler. Etter å ha gjort dette med de fysiske meningsenhetene måtte det samme legges inn på nytt i Excel, hvor relevante kategorier til slutt ble til to ulike definerte tema. Denne prosessen eliminerte en del meningsenheter, men øvrige tema ville vært overflødig og ikke gitt samme tyngde og moment, som de definerte. I prosessen ble etterhvert flere kategorier spisset og tydeligere i form av mer passende kategorinavn. Selv om ikke meningsenhetene ble endret, ble de samtidig tolket i den grad at de ble transformert til koder og kategorier. Selv om ikke det manifeste innholdet endres, tolkes betydningen av det før de omsider plasseres i egne definerte tema. Med andre ord den hermeneutiske tilnærmingen flyter inn i den fenomenologiske indirekte.

3.9 Troverdighet i studien

I kvalitative studier er kvaliteten knyttet til følgende begreper for å oppnå troverdighet: pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og overførbarhet.

3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet blir knyttet til spørsmålet om en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Begrepet reliabilitet er innarbeidet innen den kvalitative forskningen, og refererer i utgangspunktet til om studien ville fått de samme resultatene dersom en annen forsker hadde gjort det med samme metode (Thagaard, 2018). Med andre ord er det viktig å redegjøre så godt som mulig for prosessen i kvalitetsforbedringsprosjektet i metodedelen. Kvale & Brinkmann (2018) påpeker at reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre,

der det kommer an på hvorvidt forskeren påvirker retningen i studien under intervjuet, transkriberingen og analysen.

Thagaard (2018) angir det å redegjøre for en så gjennomiktig prosess som mulig, noe som er forsøkt å gjøre med å belyse de ulike prosessene i metode-delen så tydelig som mulig.

Det er valgt ut to intensivavdelinger som begge innehar de kvaliteter og utfordringer intensivsykepleierne trenger for å kunne besvare de spørsmålene som ble stilt. I tillegg er kun intensivsykepleiere intervjuet, med andre ord, tilfredsstillende nivå på avdeling og kompetanse til informantene. Alle informantene har tilfredsstilt de krav og rammer som ble satt for å kunne delta. Det var henholdsvis fem og åtte informanter på de respektive intervjuene, altså 13 informanter totalt på to ulike fokusgruppeintervjuer. Alle informantene har deltatt i diskusjonen. Informantene ble plukket ut av funksjonsleder, der intervjuer ikke har hatt noen innvirkning på valg av informanter, altså et tilfeldig valg av et strategisk utvalg.

3.9.2 Validitet

Validitet blir knyttet til resultatene av forskning og hvordan vi tolker data. Validitet handler om gyldigheten av de tolkningene forskeren kommer frem til. Begrepet validitet blir presisert ved å stille spørsmål om tolkningene vi kommer frem til, er gyldige i henhold til den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2018). Min bakgrunn som intensivsykepleier gjør at jeg kan relatere mye av det som blir sagt, ut fra egen erfaring. Det kan dog være både en styrke og en svakhet når det gjelder fortolkning av meningsenhetene.

Thagaard (2018) mener at vi utvikler tolkningen av de fenomenene vi studerer, både i relasjon til nye kunnskaper og til egne erfaringer. Det betyr at tilknytningen til miljøet kan føre til at vi overser det som er forskjellig fra våre egne erfaringer. Konsekvensen av dette kan være at vi blir mindre åpne for nyanser i de situasjonene vi studerer.

Kvale & Brinkmann (2018) stiller spørsmål om kunnskap som er produsert via intervju, kan være objektiv. En utfordring i henhold til pålitelighet som bruker kvalitativ innholdsanalyse er å holde den røde tråden gjennom studien, fra introduksjonen og bakgrunnen, til metoden, integritet av funn, diskusjon og konklusjon. For å sikre en generell troverdighet av studien, er det også en utfordring å gjøre klart hvilken *stemme* som går igjen i studien, enten forskeren eller informantenes (Graneheim & Lundman,

2017). Naturligvis er det utfordrende å presentere svar som en har tolket i ut fra sin egen forståelse, som en samtidig relaterer til sin egen erfaring fra lignende arbeid selv. Informantene omtalte både stress i form av situasjoner de mestret og situasjoner der de følte at de ikke alltid hadde like god kontroll. Derav kan noen utsagn ha både positive og negative meninger i seg, sett i fra tolkningsperspektivet.

3.9.3 Overførbarhet

Målet med kvalitative studier er å utvikle vår forståelse av de fenomenene vi studerer. Tolkningen av resultatene gir grunnlaget for overførbarhet og ikke beskrivelser i mønstre i dataene (Thagaard, 2018).

Om resultatene av intervjuundersøkelsen vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene kun har en lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner, hvorvidt er de generaliserbare? (Kvale & Brinkmann, 2018).

Resultatene som legges frem kan ikke i særlig grad bære preg av å være generaliserbare, dette med bakgrunn i at det kun er 13 informanter som har deltatt i de to fokusgruppeintervjuene. Resultatene indikerer områder som er relevante og påpeker diverse momenter som i stor grad er aktuelle i forhold til arbeidshverdagen på intensivavdelinger, dog må det undersøkes i større skala for å skape større tyngde bak resultatene.

3.10 Etiske betraktninger

Helt fra starten av prosjektet har hensikten vært å fokusere på hva intensivsykepleierne opplever i sin arbeidshverdag på godt og vondt. Dermed har aldri intensjonen vært å gå inn på områder som vil være i konflikt med konfidensialiteten som er tungtveiende innen sykepleien.

Det ble søkt til NSD (Norsk senter for forskningsdata) som en formalitet med tanke på at forskningsavdelingene ved de respektive sykehusene har dette som et krav.

NSD kom med følgende tilbakemelding:

«Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er

dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 21.11.2018 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.»

Med bakgrunn i at det ikke skulle innhentes noen form for pasient- eller personopplysninger var det ikke noe grunnlag for å søke REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven.)

Da det ble tatt kontakt med de respektive funksjonslederne ble informasjonsskriv om kvalitetsforbedringsstudien lagt ved, dette ble videreformidlet til informantene. Informasjonsskrivet var laget i tråd med NSD sin mal om informasjon til deltakerne. NSD skrev følgende på sine hjemmesider:

«Du har som hovedregel informasjonsplikt overfor personen(e) du skal innhente personopplysninger om. Retten til informasjon er en grunnleggende rettighet som er forankret i personvernforordningen. Denne retten gjelder uavhengig av om utvalget samtykker til deltakelse eller ikke.»

Informantene ble informert på nytt i forkant av intervjustart at dette var frivillig og at de kunne trekke seg om de ønsket. Kvale & Brinkmann (2018) påpeker at informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som om mulige risikoer og fordeler ved å delta i prosjektet. Det betyr også at man sikrer seg at informantene deltar frivillig, og informerer dem om rett å trekke seg når som helst. Videre omtaler de konfidensialitet som et etisk usikkerhetsområde som er relatert til det problemet at anonymitet på den ene siden kan beskytte deltakerne og dermed være et etisk krav, og på den andre siden kan det tjene som alibi for forskerne ved å gi dem mulighet til å tolke deltakernes utsagn uten å bli motsagt. Båndopptaker ble benyttet under intervjuene, og lydfilene ble etter transkriberingen slettet fra båndopptakeren. Under transkriberingen ble det brukt kodenavn til informantene. Det ble gitt informasjon om at alle lydopptak, transkripsjoner, personopplysninger vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Sykehus og avdelinger er anonymisert.

Hva er så fordelene med å bidra som intensivsykepleier i kvalitetsforbedringsprosjektet?

Det må være at erfaringene og opplevelsene de har bidratt med kan øke forståelsen av hvilke momenter som utgjør positiv energi på intensivavdelingen og hvilke momenter som utgjør negative energier.

4.0 Resultater

I denne delen presenteres funnene i studien. Det var en utfordrende prosess å komme frem til hvor mange tema og hva de skulle defineres som. Det endte opp med kun to tema, dog med et vidt nedslagsfelt. Det største og mest omfattende tema, ble kalt: «Kompleksitet i organisering og alvorlige problemstillinger ved intensivavdelingen» som bestod av 3 kategorier. Det andre temaet var *Arbeidsmiljø og motivasjon som intensivsykepleier*» med 3 kategorier.

Resultatene vil i det følgende bli presentert ved hjelp av kategorier som hører inn under hvert tema.

Tabell 1:

Tema 1 "Kompleksitet i organisering og alvorlige problemstillinger ved intensivavdeling			
Kategori	Mangel på personell og kompetanse i intensiv avdeling	Mentale utfordringer for intensivsykepleiere	Intensivsykepleiere strekker seg langt for avdelingen

4.1 Tema 1: Kompleksitet i organisering og alvorlige problemstillinger ved intensivavdelingen

4.1.1 Mangel på personell og kompetanse i intensivavdeling

Denne kategorien går igjen flest meningsenheter. Det er mange grunner til det og det er som regel en indirekte årsak bak, men det kan relateres til at bemanningen var lav eller mangelfull. Ved det ene sykehuset sa en intensivsykepleier (B2):

«er det for dårlig bemanning, så blir det leid inn. Så vi trenger aldri å være redde for om at du har hatt det travelt på en vakt, at det vil vare i fjorten dager».

En informant mente at det hadde hjulpet veldig mye på bemanningen dersom det hadde vært 2 løse intensivsykepleiere og en som hadde avdelingen når du kom på vakt, helg, kveld eller natt. Samtidig ville en hatt mye mer å spille på, når det kommer nye pasienter,

spesielt om det kommer barn. Det ville trolig skapt mer ro og forutsigbarhet i avdelingen, hevdet vedkommende.

Ved det andre sykehuset derimot ble det uttalt:

«Det har jo vært et problem tidligere, at vi har vært flere vikarer enn fast ansatte på jobb». (A1)

Det kom også frem at det er vikarer hele året, men spesielt om sommeren. Noen av vikarene var kjente i avdelingen og andre ikke. Dette ble omtalt som et stressmoment, samtidig som innleiing av vikarer var et tiltak som ble gjort på grunn av manglende bemanning.

Under intervjuet kom det indikasjoner på at grunnbemanning opplevdes som lav. (A1) *«hvis det er overfylt så er det jo for lite folk»* og en (A2) omtalte bemanning som *«på håret»*.

Problemer med det nye datasystemet for elektronisk kurve (Meona), ble oppgitt til å skape betydelig problemer i forhold til hva intensivsykepleierne var vant med fra tidligere ved det ene sykehuset. Det var sannsynligvis snakk om en innkjøringsfase, dog ble det nevnt at det skapte store utfordringer i den daglige intensivsykepleien. En av informantene omtalte det slik (B5):

«Meona, det fungerer ikke optimalt på intensiv. Jeg føler at jeg er kommet vekk fra pasienten, masse som ikke fungerer, bruker altfor mye tid på data. Det har blitt veldig negativt for meg.»

Spesielt dersom pasientene er kritisk dårlige, var det ekstra utfordrende da de ikke fikk med seg hva som var ordinert via Meona, hvis legen ikke fysisk kom inn og sa det. Informantene ga også uttrykk for at deres frustrasjon kunne påvirke pasientene. De mente at de nå snakker mindre med legene, legene sitter på sin data og intensivsykepleierne sitter på sin data, samt at det også ordineres medisiner på Meona uten at det blir sagt fra verbalt.

4.1.2 Mentale utfordringer for intensivsykepleierne

Stressmomenter er også et bredt og vidt begrep som kan beskrive mange deler av intensivhverdagen. I intervjuene ble stressmomenter bundet opp mot spesielt det å få SMS fra avdelingen om at de mangler personell. Selv når en har fri og ønsker å ha fri, opplevdes det som et stressmoment, fordi de kjente på at de helst burde vært på jobb og hjulpet til, selv om en vet at en trenger å ha fri selv. Hyppige SMS'er ble omtalt belastende, og spesielt å få SMS i forkant av nattevakt, når de selv skulle på nattevakt og vite at en går en krevende vakt i møte. Intensivsykepleiere mente at det var et stressmoment da det var behov for ekstra personell på kveld og natt, når ledelsen var gått hjem, da var det opp til de på jobb å forsøke og leie inn ekstra. Andre momenter som ble nevnt var er at de ikke klarte å holde seg oppdatert på medisinsk teknisk utstyr, hvor det var hyppige utskiftninger. Det ble også hevdet at det å ikke vite hvor du skal være neste vakt, samt for lite kontinuitet inne på intensiv (gruppe) opplevdes stressende.

Å jobbe på enerom er belastende

Det ble omtalt som belastende å jobbe alene og stå fastlåst på enerom med en pasient. En informant uttalte:

«Og da er det ganske tungt å være på sånne rom, hvis du må være der hele tiden spesielt. Og det hender rett som det er» (B5).

Det ble gitt uttrykk for at det var greit og godt å få være på tomannsrom, helst med en annen intensivsykepleier. Da kunne de hjelpe hverandre både i stell, faglige utfordringer, og ikke minst den sosiale biten. En intensivsykepleier sa:

“Men, jeg tenker at vi bare skal stå på enerom, det kan gjøre noe med det sosiale og ikke minst, altså skal du stå alene på hver en vakt uten å ha pause nærmest, det kan bli ganske tungt”

I verste fall kan en risikere å ikke få pause, komme til pause alene, kjenne på at det er usosialt på jobb, ble sagt. Ved det ene sykehuset var det stor grad av å stå på enerom alene

med pasienten, som ofte var tilkoblet respirator, hvor en som sykepleier ble veldig fastlåst.

Redd for å gjøre feil

I krevende situasjoner med alvorlig syke pasienter, ble det uttalt at en kan bli redd for å gjøre feil. Dette ble ofte satt i sammenheng med, at pasientene er veldig krevende i en ustabil tilstand, det kan være pårørende som krever mye i tillegg til pasienten. De mente at det kunne være så travelt at de glemte ut oppgaver som skulle gjøres, eller var usikre på hva som ble gjort eller ikke gjort når de gikk hjem fra vekten. Slik som (A1) beskrev dette:

«Ja, det som kan kreve ganske mye og, det er typisk at du har en pasient som trenger mye medisinsk oppfølging, i tillegg så har du masse pårørende, da får du på en måte litt, at du kan bli psykisk sliten, for du må liksom jobbe hele tiden, gjerne ikke komme ajour med det du skal gjøre. Og så kan du gjerne gå hjem, så ligger du og tenker på at du glemte det og det glemte eg. Ja, det er utmattende å tenke slik.»

Det ble også sagt at det var såpass trygghet i avdelingen at en ikke var redd for å si ifra om en merket at en hadde gjort feil, man prøvde å hjelpe hverandre og finne en løsning sammen.

«..og det er jo det som er det verste, det å ha det travelt, det er det at du mister den oversikten og en er redd for å gjøre feil, glemme å gi fragmin f.eks. altså glemme vesentlige ting.» (B2). Flere av informantene var opptatt av dette og mente det var en stor stressfaktor i arbeidsdagen deres.

Tar følelse av utilstrekkelighet med seg hjem

Travle vakter, alvorlige syke pasienter, komplisert behandling var faktorer som påvirket informantene i den grad at de gikk hjem med en følelse av utilstrekkelighet. Også det å være isolert på enerom kunne gjøre arbeidsdagene psykisk tunge, slik at de ikke fikk utløp for det de tenkte på. En informant omtalte det slik (A1):

«Men, det som er litt bra synes jeg, er at vi har muntlig rapport. Så har du gjerne bare en pasient, så då får gjerne av og til ut litt då. Men, det er ikke alt du kommer på, så kan du jo gå hjem å liksom kverne litt. Men, jeg synes det er veldig greit med muntlig rapport.»

Muntlig rapport ble trukket frem av flere informanter på begge sykehus, som en verdifull mulighet til å både fortelle om pasienten men, også å få sette ord på hva en hadde opplevd og tenkt i løpet av arbeidsdagen. Det ble også nevnt at dersom de stod alene med en pasient som er tilkoblet mye medisinsk teknisk utstyr, så opplevdes det slik at de ikke fikk nok tid til pasienten med stell og leieendring da de ble for opptatt av alt det tekniske. De fortalte at de da av og til gikk hjem med en følelse av å ikke ha fått gjort alt.

Uetisk behandling

Ett av momentene som kom opp var hva som angår uetisk behandling. Det går naturligvis en diffus grense hvor det etiske går over i det uetiske, dog skapte informantene seg en opplevelse av dette. En av informantene omtalte det slik (B5):

«Ja, det som umiddelbart slår meg er de der 90 (år) pluss som blir maksimalt behandlet for både det ene og det andre, hva behandler vi dem til? Når vi har for mange av dem, da tenker jeg, herlighet, hva driver vi med?»

Intensivavdelingene får ofte de pasientene som er kritisk syke, også av alderdom, der intensiv behandling ikke vil kunne endre det faktum at pasientene er ved livets ende, ble det sagt. En av informantene uttalte (B4):

«Det synes vi er så meningsløst, og da bruker vi ressurser og helsekroner i stedet for å la de få dø en naturlige død, så blir alt helt spesielt synes jeg. Og det har vi hatt noen av. De har blitt flinkere legene å bestemme seg men, allikevel så har vi flere hvor det drar seg langt ut. Det er det som sliter mest på meg, egentlig.»

Et problem var ofte at behandlingen ikke var avklart av lege i god tid, og pasientene ble liggende med full behandling helt til det siste. Dette kunne være traumatisk både ovenfor intensivsykepleieren, de pårørende og ikke minst pasienten. En slik skildring opplevdes slik (B4):

«Når du står og holder masken på liksom, ti minutter før de dør, for at legen har sagt at pasienten skal ha behandling, og så nei, det har jeg opplevd og det er tøft.»

En annen informant påpekte at informasjonen ofte er for dårlig til de pårørende, slik at de har et urealistisk bilde av tilstanden og hva som kommer til å skje, der de forlanger behandling.

4.1.3 Intensivsykepleierne strekker seg langt for avdelingen

I forbindelse med at det ofte mangler personell på vakter, pga. full avdeling, krevende pasienter, sykdom etc. Opplevs det at mange av informantene går overtid, tar ekstra vakter og støtter opp om avdelingen. De tar et ekstra tak for felleskapet, det kollegiale, for pasientene, pårørende og avdelingen. I de fleste tilfeller kan de si nei, men de som er på jobb vet at det sannsynligvis ikke er noen som svarer på SMS, dersom det akutt blir behov for en ekstra sykepleier på natt, og velger derfor å gå overtid. Det blir altså spilt mye på samvittigheten til intensivsykepleierne, for å hjelpe avdelingen gjennom små og store kriser. En av informantene beskriver det slik (B4):

«Og det tror jeg kanskje at andre avdelinger eller, misunner oss litt vi har såpass god grunnbemanning, og på en måte har «lett» for å kanskje leie inn. Og vi er flinke til, altså de fleste er flinke til å strekke seg, å gå doble vakter eller gå ekstra, når det kniper, for å hjelpe til, ja, alle er med på det. Det gjør det lettere – på godt og vondt».

Konsekvenser av full avdeling

Ved full avdeling er det mindre ressurser å ta av og mindre mulighet til å hjelpe til der det trengs og intensivsykepleierne står mer alene, samtidig som avdelingen er i en mer sårbar situasjon dersom det meldes nye pasienter, ble det sagt. Det ble gitt flere eksempler på at pasienten fikk redusert kvalitet på pleien, med bakgrunn i at det ikke var tilstrekkelig med ressurser. Det ble eksempelvis nevnt at en må øke sedasjonen for å kunne klare å passe på to pasienter samtidig. *“En kan jo øke sedasjonen, for å klare å passe på to pasienter. Det går jo utover pasienten”* (A3). Det ble også nevnt at pasientene kan bli urolige fordi de merker at det

er travelt og hektisk i avdelingen. Full avdeling slet også på intensivsykepleierne, som da ble mer utmattet enn vanlig.

«En blir på en måte trøtt og sliten etter for travle vakter, for mye å gjøre, gjerne ikke nok folk (ansatte), og at det kommer flere pasienter – enn kanskje beregnet. Altså at en ikke klarer å henge helt med. At en skal gjøre mer enn en klarer. Og med alvorlig syke, unger og ungdommer, som har alvorlige problemstillinger. Da blir en jo satt ut litt av og til. Da må en stoppe før en møter veggen, før en blir utbrent.» (A4).

Det at avdelingen var full, gjorde at det ble vanskelig å få diskutert noe faglig eller noe en var usikker på men, det lot seg ikke gjøre da det ikke var noen som var tilgjengelig. Intensivsykepleierne mente at det i verste fall kunne gå utover pasientene. At kollegaer ikke var tilgjengelige går også utover viktige ledd i behandlingen, som mobilisering, dette blir nedprioritert fordi det er travelt. De mente at dette hadde vesentlig negative følger for pasientene.

4.2 Tema 2: Faglig støtte og inspirasjon

Det andre temaet fokuserer på momentene som intensivsykepleierne mente reduserer stress på intensivavdelingen, men også fremheving av de positive sidene som informantene opplevde i sin arbeidshverdag.

Tabell 2:

Tema 2: Faglig støtte og inspirasjon			
Kategori	Kollegial støtte og samhold	Luft ut tanker etter påkjenninger og muntlig rapport	Faglige utfordringer, kompetanse og variasjon i arbeidsoppgaver

4.2.1 Kollegial støtte og samhold

Det kom frem i intervjuet at informantene satte pris på samholdet og den kollegiale støtten som en veldig viktig del arbeidet. Det å ikke stå alene, det å kunne stille spørsmål, få

konstruktive tilbakemeldinger, å jobbe sammen i team var av stor betydning for støtte og samhold i avdelingen.

En av informantene omtalte det slik:

«Jeg sier ofte, satt på spissen, men jeg mener det faktisk, at jeg har min andre familie på jobb, og det betyr ihvert fall, at jeg føler trygghet, og at de er mine arbeidskollegaer, men de er også mest mine venner, fordi jeg føler jeg kan dele alt med dem» (B5).

Vedkommende hevdet at det å ha et godt arbeidsmiljø, gode kollegaer som du kan stole på, skaper trivsel og støtte.

En annen informant som kom tilbake fra permisjon, merket at hun var i større grad avhengig av kollegaene sine, og påpekte viktigheten av god kommunikasjon, spesielt tydelige beskjeder fra lege. Samtidig som hun kjente på utilfredshet, når det ikke ble gitt klare beskjeder, eller at hun fikk hjelp noe hun hadde behov for det, og hun gikk hjem med en følelse av å ikke gjøre en god jobb.

Det ble også uttalt at det var mye kjekkere å jobbe i team, da er det mer sosialt, samtidig som du ikke trenger å ringe på hjelp for hver minste ting.

4.2.2 Lufte ut tanker etter påkjenninger

Flere av informantene beskriver muntlig rapport som ett positiv moment, da en får mulighet til å si det viktigste om pasienten, men også mulighet til å lufte ut tanker en har opparbeidet seg i løpet av dagen. Flere nevner at dette var veldig viktig for dem, for ikke å gå hjem med masse tanker en ikke har fått satt ord på, samtidig som den muntlige rapporten også er en mulighet til å diskutere faglig stoff.

«Vi prøver å være flinke til å snakke, vi snakker stort sett, har vi hatt en forferdelig vakt, så er det mer enn en gang jeg har satt meg ned, enn heller ha overtid for det, bare for å snakke ut, fordi du orker ikke å gå hjem å legge deg, når det har vært noe sånn helst spesielt, å det er det jo mange som gjør» (B5).

En annen informant sier at de ikke alltid er så flinke til å snakke med hverandre alltid når en har bruk for det, derav kan hun komme hjem fra jobb, og blir ikke ferdig med. Så kan

dette gå noen dager der informanten liksom ikke blir ferdig med det, og det tar lang tid før hun får det ut av systemet.

«Gjorde jeg det feil, kunne jeg gjort det rett, kunne jeg gjort det bedre?» Å få en respons fra en kollega på dette, «nei, du gjorde det så godt som du kunne, ingen fare f.eks. ingen kunne forventet noe mer, sant?» (B2)

Det blir også nevnt hvor verdifullt det er å få tilbakemeldinger fra kollegaer, at det gis en positiv støttende tilbakemeldinger i henhold til det arbeidet som blir gjort og at de kan søke råd blant hverandre.

«Og det tenker jeg er stressmestring, for da får du liksom luftet tanker og får det ut med en gang.» (B5)

Intensivsykepleierne gav uttrykk for at den bekreftelsen de gav hverandre, er en vesentlig del av prosessen av å gjøre seg ferdig mentalt ved krevende situasjoner/opplevelser.

4.2.3 Faglige utfordringer, kompetanse og variasjon i arbeidsoppgaver

Faglige utfordringer blir nevnt som et viktig moment i intensivavdelingen. En informant omtaler det slik:

«Oppgaver som er utfordrende, det å jobbe i team, og det at du samarbeider om samme mål, at du får pasienten igjennom på best mulig måte, med best mulig livskvalitet etterpå.» (B2)

Det blir også nevnt som ett positiv moment, at en vet aldri hva dagen bringer. Det at en føler at en aldri blir utlært, gjør at det alltid er noe nytt å lære, det forhindrer utbrenthet. Det er mulighet for å lære nesten hver dag i lag når du jobber med pasienter.

Det nevnes at behandlingen som blir gitt innen intensivfaget, det går ofte an å se at det en gjør er riktig, at pasientene blir bedre. Det kan selvfølgelig gå andre veien og, men det er veldig tilfredsstillende når en kan se tydelig bedring.

Det fremheves også følelsen av å ha en allsidig jobb, der det er variasjoner i hverdagen og du får føle at du får utviklet deg og utfolde deg, med tanke på at det er mye medisinsk-teknisk utstyr osv.

Flere informanter omtaler også det å ta ansvar for seg selv, som en viktig del av yrket. Det å si i fra om en opplever en tung periode, slik at det blir tatt hensyn til samtidig som det er et viktig tiltak i å forhindre utbrenthet. Dersom en føler behov for å snakke om noe i form av en debrief, er du også selv ansvarlig for å prøve å få det til. Dersom en blir stående med tunge pasienter over lengre tid, da trenger en kanskje en pause, og en må ta ansvar for å si i fra, da det er vanskelig å fange opp for de som styrer avdelingen.

En informant påpeker også et viktig område knyttet til variasjon. Det er ofte gunstig for pasientene at de får god kontinuitet ved at *kjente* intensivsykepleiere fortsetter med pasientene da de kjenner de. Dog ved *tunge* pasienter så sliter det på i lengden, og det er viktig å si i fra når en har behov for variasjon, når en kjenner at en trenger noen vakter med *andre oppgaver*.

En annen informant påpeker fordelene med å ha variasjon med post-operative pasienter og langliggere/overliggere, da en kan ha mindre belastende vakter på post-operativ avdeling dersom en har behov for det. At den variasjonen fungerer godt er et av grunnene til at deres intensivavdeling er såpass stabil.

Informantene mente at variasjon i avdelingen mellom post-operativ og overliggere fungerte godt, noe de pekte på til en årsak for at avdelingen var såpass stabil.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultater opp mot de teoretiske perspektivene oppgaven bygger på, samt aktuell forskning på feltet. På den måten er det ønskelig å skape en dypere forståelse av problemstillingen for denne studien: *Hva opplever intensivsykepleiere som stress i sin arbeidshverdag?* Nedenfor diskuteres resultatene i forhold til hva som medfører negativt stress og hva som reduserer stress.

5.1 Negativt stress i intensivsykepleier sin arbeidshverdag

Resultatene viser at en av årsakene som medførte negativt stress var knyttet til lav eller mangelfull bemanning ved intensivavdelingene ved ordinær bemanning. Dette skjedde som regel i sammenheng med at avdelingen ble betegnet som full, i den grad at alle pasientrommene var opptatt.

Ved såkalt lav eller mangelfull bemanning ble det beskrevet en rekke momenter som ble relatert til negative konsekvenser. Det ble gitt uttrykk for at de hadde lite å gå på dersom det skulle bli meldt nye pasienter, da ofte den som ledet avdelingen måtte ha ansvar for de nye pasientene (S1). Det kom også frem tydelige forskjeller på intensivavdelingene, hvor de opererer på noe ulikt pleienivå og i forhold til bemanning, samtidig som de oppleves mer adskilt med mindre mulighet for hjelp på den ene sykehuset (S1). Dette utgjør at bemanningsmessig var det lite som oppfattes som negativt på sykehuset med noe lavere pleienivå (S2), der de uttalte at de tilpasset bemanningen etter belegg og belastning raskt, slik at det ikke oppleves som et stressende moment om de var nok på jobb eller ikke, over lengre tid.

Det ble også trukket frem ved det ene sykehuset (S1) at bruken av vikarer var stor, hvor det tidvis har vært mer vikarer enn fast ansatte på jobb, og at det stort sett hele året blir brukt vikarer fra vikarbyrå. Dette skildrer at det er mangel på intensivsykepleiere primært, som man kan sette spørsmåltegn med hvorfor det er slik? Ved bruk av mange vikarer, hvor fagkvalitet kan variere, samt det bindes opp vesentlig tid til å implementere de nye vikarene inn i avdelingens særskilte rutiner.

Lav bemanning vil påvirke det subjektive arbeidspresset til intensivsykepleierne. Galletta et al. (2016) omtalte at konsekvenser av høy arbeidsbelastning kan føre til emosjonell utbrenthet, og utspringe seg til en kynisk adferd, som vil gi lavere arbeidseffektivitet, som igjen kan resultere i høyere grad av sykehusinfeksjon til pasientene. Karanikola et al. (2013) viste til sin studie hvor dårlige arbeidsforhold var en innvirkende årsak til økt følelse av utbrenthet og endring av holdning til intensivsykepleiere. Hvor arbeidsforholdene også i stor grad påvirket jobbtilfredsheten og ønske om å skifte jobb. Også van Mol (2015) viste til viktigheten av at intensivsykepleierne kunne gi av seg selv, være til stede og vise empati. Spiller momenter inn mot disse egenskapene kan det resultere i emosjonelle byrder, som kan forplante seg i utbrenthet og stress. Valera et al. (2016) henviser til negative forhold rundt arbeidsmiljøet som lav bemanning, høy arbeidsbelastning som medvirkende årsaker i form av fysiske og psykiske stressmomenter til intensivsykepleierne.

Kontogeorou et al. (2017) fant i sin studie at intensivsykepleiere slutter i jobben pga. manglende tiltak for å forbedre arbeidsforhold og arbeidsmiljø. Spesielt på (S1) ble det til stadighet omtalt at bemanningen opplevdes for lav blant informantene og de gav uttrykk for at arbeidslastningen var påfallende. Resultater fra tidligere studier viser altså

at dette over tid kan føre til stressmomenter som kan bidra til å redusere kvaliteten på pleien og utgjøre en risiko for pasientsikkerheten i likhet med funn i Galletta et al. (2016).

Resultatene avdekker ingen direkte funn på utbrenthet, som heller ikke kunne forventes med tanke på at alle informantene var aktive i jobb og ikke sykemeldt eller sluttet. Arbeidsbelastning omtales som en stressor, som kan ses i sammenheng med antall pasienter per sykepleier, pga. lav bemanning og ikke-sykepleie-relaterte oppgaver med bakgrunn i mangel av andre yrkesgrupper på avdelingen (Matlakala et al. 2014). Ved full avdeling vil belastningen bli større per intensivsykepleier, og muligheten for å få hjelp av andre tilgjengelige kollegaer reduseres. Samtidig kan en også diskutere om det å vise rundt nye vikarer er en sykepleie-relatert oppgave for intensivsykepleierne, som ut ifra pasientbelegg kan være en utfordring, samtidig som en også kjenner på belastningen av å føle ansvar ovenfor vikaren som er ny på avdelingen, i tillegg til de andre ordinære arbeidsoppgavene.

Utover det dannes det også andre konsekvenser ved full avdeling, hvor informantene selv omtaler situasjoner der de måtte øke sedasjon for å kunne klare å passe på to pasienter. Det nevnes også at pasientene ble urolige fordi de merket at det var travelt i avdelingen. Dette er to eksempler på at pasientene blir berørt som en negativ konsekvens av at intensivsykepleierne ikke har tid og ressurser nok til å gi optimal pleie. Som en annen konsekvens av en full avdeling, minsket også mulighetene for faglige diskusjoner og spørsmål, da det var vanskeligere å få kontakt med kollegaer. Alameddine (2009) viser til de 6 essensielle faktorene ved ACCN sine retningslinjer for å skape et godt arbeidsmiljø, hvor eksempelvis en full avdeling, reduserer mulighet for samarbeid, og dermed også påvirker i noen grad kvaliteten på pleien. West (2014) viser også til at en økning av bemanning i forhold til intensivsykepleiere per pasient blir satt i sammenheng med større overlevelseshensikt. Det egner vel liten tvil om at, dersom alle punktene i ACCN sine anbefalinger for gode arbeidsforhold skal innfris, vil det bety at sykehus og avdeling har betydelig av ressurser og midler for å kunne sikre en bred bemanning og moderne utstyr og fasiliteter. Det går også an å sette spørsmål ved overlevelseshensikten i West (2014) sin studie, da enhver pasient ved intensivavdelingen ut ifra hvilket behandlingsperspektiv, sykdomstilstand og framtidsutsikter ikke nødvendigvis er kandidat for maksimal behandling. Dersom de etiske verdiene kommer i konflikt med hva som er forenlig med intensivsykepleierne, pasient og pårørendes hensikt med situasjonen angår.

Funn i studien peker også på at intensivsykepleierne står ovenfor en rekke mentale utfordringer i arbeidshverdagen. En av de som ble omtalt som et stressmoment var når de fikk gjentatte SMS fra avdelingen om at de manglet personell på jobb. En informant beskrev det som stressende å vite at de på jobb trenger hjelp, samtidig som en føler selv at en virkelig trenger å ha fri, når en skal ha fri.

Dette medførte at intensivsykepleierne ble påvirket av stressmomenter som indirekte rammet dem selv da de hadde fri. Dette er påfallende likheter som stemmer overens med hva Selye (1983) omtaler som kronisk stress, hvor gjentatte innfall av stressfaktorer påvirker en negativt, som på sikt kan utløse negative helseeffekter både fysisk og psykisk. Van Dam et al. (2013) omtaler utilstrekkelig bemanning som en potensiell faktor for redusert kvalitet til intensivpasientene, samtidig som det er en truende faktor for større frafall og sykdom hos intensivsykepleierne pga. av økt arbeidspress.

En årsak som ble omtalt som belastende blant informantene var å jobbe på enerom, dette med bakgrunn i at en ofte ble fastlåst, hvor en ikke hadde mulighet til å gå ut av rommet på grunn av at pasienten hadde behov for kontinuerlig tilsyn. Psykososialt var det belastende og tungt fordi en har mindre mulighet til å sosialisere seg, samtidig som en ofte er avhengig av kollegaer for å kunne utføre stell, mobilisering, finne utstyr osv. Dette ble det spesielt lagt vekt på ved den ene intensivavdelingen (S1), da de i større grad hadde flere enerom, mens den andre intensivavdelingen kun hadde ett enerom (S2). Ved sistnevnte avdeling opplevde også informantene at det var mentalt tungt å stå på enerom. Derimot ble det omtalt som en positivt å jobbe på tomannsrom, med to pasienter og to intensivsykepleiere. En har da mulighet for å diskutere fag og gjøremål, samtidig som en har det sosialt, og kan hjelpe hverandre med fysiske oppgaver som krever minst to pleiere. Dette er fordeler som kommer både intensivsykepleier og ikke minst pasienten til gode i form av trygghet og pasientsikkerhet, som stemmer overens med både ACCN sine punkter for et godt arbeidsmiljø og Chaboyer et al. (2013) sine funn.

Det å være *redd for å gjøre feil* ble trukket frem fra informantene, spesielt i krevende situasjoner med kritisk syke pasienter. Dette er nok i seg selv ikke særegent kun hos intensivsykepleiere, men sannsynligvis noe enhver sykepleier frykter. Satt i sammenheng med ressurser og arbeidspress, kan dog dette knyttes opp mot muligheten en har til å utføre den intensivsykepleien, ut ifra forutsetningen bemanningen og arbeidsmiljøet tillater. Aiken et al. (2013) viser til at dette er en generell opplevelse blant

intensivsykepleiere over hele Europa, der høy arbeidsbelastning, gjør at det uttrykkes generell bekymring om kvaliteten på pleien, samtidig som det kan gå utover pasientsikkerheten.

Ved full avdeling, mangel på personell etc. vil arbeidspresset sannsynligvis være større. Faktorer som dette utgjør også en potensiell risiko for redusert pasientsikkerhet. Vifladt (2016) viser til at en lav sikkerhetskultur kan assosieres med større fare for utbrenthet. NSF (2017) sine yrkesetiske retningslinjer fremhever blant annet at intensivsykepleierne skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon. For at dette skal la seg gjøre, må forholdene ligge til rette slik at intensivsykepleierne kan gi den graden av kvalitet i pleien. Det er muligens en tveegget problemstilling i henhold til hvordan de stressorer påvirker den individuelle intensivsykepleier. Tar man utgangspunkt i Antonovskys (1987) teori om OAS hvor det er opp til den enkelte om en har høy eller lav grad av OAS, og ut ifra dette vurdere hvordan en takler stress.

Paradoksalt er det graden av intensivitet på intensivavdelingen som skaper positive eller negative stressorer. Det er uansett en del av arbeidet som intensivsykepleier og evnen til å takle stress, kan ses i sammenheng med Lazarus & Folkman (1984) teori om problem-løsnings-fokusert tilnærming, hvor en over tid mestrer spesifikke situasjoner og ikke lenger finner dem like stressende.

Flere av informantene uttrykte at de har tatt følelsen av utilstrekkelighet med seg hjem. Dette relatert til situasjoner som har oppstått på jobb, travle vakter eller krevende behandling, som henger igjen mentalt etter endt arbeidstid. De har altså gått hjem uten å føle at de har fått utført arbeidet på en tilstrekkelig måte. Det ble beskrevet som en psykisk påkjenning, hvor flere av informantene sa det kunne ta opptil flere dager å gjøre seg ferdig med en alvorlig hendelse mentalt. Helsedirektoratet (2017) omtaler kronisk stress som en negativ stresstype en kan oppleve ved gjentatte møter med stressfaktorer som virker belastende og uunngåelige.

Det er vanskelig å gardere seg i henhold til å unngå å havne i situasjoner der en blir påvirket i større eller mindre grad, og eller at man tenker over situasjoner som har oppstått på jobb. Det er også vanskelig å gardere seg mot travle vakter ved intensivavdelingen, der dette er en del av arbeidshverdagen på godt og vondt. Samtidig som årsakene til å komme hjem med en følelse av utilstrekkelighet er helt subjektiv, vil dog den mentale belastningen være reell.

Vifladt et al. (2016) viser til sammenhengen av god pasientsikkerhet, som en motvirkende faktor mot utbrenthet og evnen til å håndtere stressbelastende situasjoner i livet. Ser man nærmere på sammenhengen mellom det å være redd for å gjøre feil og at informantene tar følelsen av utilstrekkelighet med seg hjem, kan begge momenter relateres til kompleksitet i behandlingen. Som nevnt tidligere kan behandling være kompleks på intensivavdelinger. Naturlig nok øker risikoen for å gjøre feil, i henhold til hvor krevende arbeidsoppgavene er, samtidig som intensivsykepleierne blir utsatt for stressbelastende situasjoner. Elder et al. (2008) peker på at intensivsykepleiere også unnlater å rapportere avvik, i frykt for å havne i problemer, både for seg selv og med kollegaer. Rotschild et al. (2005) viser også at de kritisk syke pasientene også er mest utsatt for å bli eksponert for feilbehandling, med bakgrunn i kompleksiteten i behandlingen. Ballangrud et al. (2012) viser også til at intensivsykepleiere gjør feil i arbeidet.

Det er menneskelig å gjøre feil og det er umulig å eliminere helt, dog det å bekjempe feil og avvik med gode rutiner og prosedyrer er viktig. Samtidig som at forholdene må ligge til rette for å kunne utøve intensivsykepleie i tråd med NSF yrkesetiske retningslinjer, er det essensielt at bemanning, utstyr og kompetanse samsvarer med de arbeidsoppgaver og arbeidsforhold intensivsykepleierne omgås (NSFLIS, 2017).

Et annet moment som ble lagt frem av informantene var det som de opplevde som uetisk behandling av pasienter. Dette dreide seg stort sett om eldre pasienter som var kritisk syke og trengte intensivbehandling for å holdes i live. Informantene opplevde det som traumatisk og meningsløst å forlenge sykdomsleie, ved tilfeller der pasienten ikke har noen mulighet til klinisk forbedring. De opplevde at legene ikke var tidlig nok ute, til å angi hvilken behandling pasientene skulle få, eventuelt kun palliativ behandling. Dette kan sammenlignes med uttalelsene til informantene og funn til Schwarzkopf et al (2016). De fant at opplevelsen av ikke-gunstig behandling skaper opplevelser som er mentalt-belastende og kan være en potensiell årsak til utbrenthet, dersom det forekommer hyppig.

Noen av informantene følte seg tvunget av pårørende til å kontinuere behandlingen, og mente dette hadde bakgrunn i mangel på informasjon til de pårørende. Fridh (2014) peker på utfordringer omkring behandlingsretning når pasienten befinner seg i gråsonen mellom videre behandling og palliativ behandling. Også her kan det se ut som proaktiv screening av situasjonen og tidlig kommunikasjon med pasient og pårørende er viktig og sentrale moment for å avklare behandlingsforhold tidlig.

Ut ifra utsagn fra informantene kan det se ut til at legene må involveres i større grad i potensielle situasjoner hvor en står ovenfor muligheter til at pasienten kan havne innenfor det som defineres som ikke-gunstig behandling. Anstey et al. (2015) viser til intensivsykepleiere som mener at opptil 93% av de som får ikke-gunstig behandling, overbehandles. Det er nærliggende å tro at dersom en intensivsykepleier allerede mener at pasienten får ikke-gunstig behandling, hvor forskjellene fra ikke-gunstig behandling til overbehandling gis inntrykk av å være små i utgangspunktet. Samtidig hevder de at det er mye å hente på å forbedre kommunikasjonen med pasient og pårørende i situasjoner der pasienten er i fare for å få ikke-gunstig behandling. Kompanje et al. (2013) omtaler ikke-gunstig behandling som et moment som kan forlenge lidelse til pasient og pårørende og moralsk stress og utbrenthet til intensivsykepleiere og leger. Browning & Cruz (2018) omtaler i sin studie at hovedgrunnen til moralsk stress blant intensivsykepleiere var relatert til temaet rundt ikke-gunstig behandling ved intensivavdeling. Det handlet om konflikter mellom leger og intensivsykepleiere som resulterte i at intensivsykepleierne følte seg hjelpeløse. Dette er også nærliggende uttalelser til informanter i studien, som gav uttrykk for at de følte seg hjelpeløse ovenfor pårørende og manglende avklaringer fra leger, i situasjoner som de opplevde var direkte uetiske.

Palliativ behandling er ofte et ømfintlig og vanskelig tema å diskutere med både pasient og pårørende. Særsilt dersom pasient/pårørende har en annen oppfatning enn intensivsykepleierne og ansvarlig lege. Det kan være mange grunner til nettopp det, eksempelvis at de føler at pasienten blir frarøvet dem for tidlig eller at de ikke er klar for å miste en nær pårørende. Naturligvis er det enklere når pasient eller pårørende er innforstått med situasjonen og aksepterer at det nærmer seg palliativ behandling og slutfasen av livet. Et vesentlig moment er forståelsen av den kliniske helsesituasjonen, da det ikke er gitt at pasient eller pårørende har stor faglig innsikt i sykdomsbildet. Som Fridh (2015) nevner er kommunikasjonen helt vesentlig, for å kunne komme til enighet vedrørende pasient og pårørendes ønsker, slik at de kan bli møtt i stor grad. Dog kan interaksjoner med pårørende på et tidlig punkt, hvor det blir gitt grundig informasjon om tilstanden og hva som kan gjøres i henhold til behandling, og følge opp dette videre etterhvert som behandlingen utføres. Ved bruk av TLT modellen som Vink (2018) er det muligheter for å sette en ramme rundt situasjonen, hvor også de pårørende får grundigere informasjon og kan i større grad danne seg et realistisk bilde av hvilken behandling som gagnar pasienten mest. Det finnes naturligvis ingen garanti for at pasient eller pårørende

alltid vil komme til enighet når det gjelder å starte palliativ, men forskning peker altså på økt grad av kommunikasjon på et tidlig stadium. Ved å avklare behandling og problemstillinger tidligst mulig kan bidra til å redusere antall situasjoner hvor intensivsykepleiere utfører det de selv opplever som ikke-gunstig behandling. Samtidig som en også da vil redusere den mentale påkjenningen og utmattelsen intensivsykepleierne blir utsatt for. Altaker (2018) viser til kompleksiteten av de moralske dilemma, og finner ikke noen bevis på at økt informasjon og trening på slike situasjoner, gjør en bedre rustet til å mestre dem. Moralske dilemma som omhandler ikke-gunstig behandling kan naturligvis ikke generaliseres. De må vurderes individuelt i henhold til pasientsykdomsbildet, behandlingsmuligheter etc. samtidig som en må ta høyde for pasient og pårørendes sine ønsker og mål. Det er mange faktorer som spiller inn, og alt må ses i en sammenheng med realistiske øyne. Avklaringer her er også viktig for intensivsykepleierne, da det kan redusere stressmomenter i mulige situasjoner.

Funnene peker også på at intensivsykepleierne strekker seg langt for avdelingen. Dette kan ses på både som en positiv ressurs for avdelingen, at en støtter opp om det kollegiale felleskapet og hjelper hverandre når avdelingen har behov for det. Samtidig har det også en negativ side, hvor det bevisst spilles på samvittigheten til intensivsykepleierne til å støtte opp med å jobbe ekstravakter, overtid etc. når avdelingen har behov for det. Teknisk sett er det et administrativt problem, hvor ledelsen har ansvar for å dekke inn tilstrekkelig bemanning slik at intensivsykepleierne kan utføre intensivsykepleie på et tilfredsstillende nivå. Ledelsen er som regel kun tilgjengelige på dagtid, noe som gjør at ved kveld- og nattevakter, så er det intensivsykepleierne selv som må forsøke å hente inn ekstra bemanning ved behov. Dette er ofte vanskelig, og de som allerede er på jobb, føler seg forpliktet til å gå overtid etc., slik at de ikke forlater avdelingen under kritiske forhold. Som informantene gav uttrykk for kan det derfor komme mange SMS, som også påvirker de som er hjemme og har fri, som også får dårlig samvittighet og kan som konsekvens av det, bli indirekte påvirket av stress på avdelingen når de er hjemme og har fri. Lazarus & Folkman (1984) emosjonsfokusert mestrings, kan være sentral her, ved å tolke meldingene som ubetydelige. Dog kan de også oppleves som Selye (1983) omtaler som gjentatte negative stressorer, og resulterer i kronisk stress.

Problemer med elektronisk kurve blir også trukket frem som et moment som skapte betydelige problemer for intensivsykepleierne ved S2 (det er ikke tatt i bruk ved S1 ennå). Informantene la størst vekt på at det var utfordrende å utføre god pleie samtidig som de skulle rapportere riktig i Meona samtidig, spesielt når det gjelder akutte situasjoner for kritisk syke pasienter. Det i seg selv kan virke både forståelig og logisk, da en må prioritere liv og helse først foran rapportering. Mer urovekkende kan uttalelsene om at de følte på at avstanden og tiden med både pasientene og legene ble større. Med bakgrunn i funnene kan nærheten til pasientene bli svekket, da intensivsykepleierne må fokusere på også andre momenter, som i verstefall kan påvirke pasientsikkerheten. Det blir også nevnt at avstanden til legene blir større også, noe som kan gå utover viktig informasjon til intensivsykepleierne, samtidig som ikke-verbale ordinasjoner kan overses. Det må nevnes at innføringen Meona kurven var relativt nytt ved intensivavdelingen og uromomenter tilknyttet til startfasen kan gå seg til i større grad etterhvert. Berland & Natvig (2006) viste til funn hvor omorganiseringer kan være stressmomenter for intensivsykepleierne. Selv om det i dette tilfellet var snakk om en omorganisering av kurveføring, oppleves det relevant og sammenlignbart, da informantene også inkluderte negative konsekvenser utover det de opplevde som kvalitetspleie til pasientene.

5.2 Faglig støtte og inspirasjon

Informantene beskrev også en del momenter som belyser positive og styrkende sider av arbeidshverdagen ved intensivavdelingen. Særlig sterkt ble området rundt samholdet og det kollegiale båndet informantene hadde utviklet over tid. Når informantene ble spurt om hva som bidro til jobbtilfredshet, var det kollegaene og samholdet som ble referert til først. Et godt samhold ble beskrevet som selve byggesteinene for trygghet, støtte og trivsel. Den amerikanske intensivsykepleierforeningen identifiserer 6 essensielle faktorer som bidrar til et godt arbeidsmiljø: profesjonell kommunikasjon, godt samarbeid, effektiv besluttsomhet, kompetent personell, annerkjennelse av arbeid og kvalifisert lederskap (Alameddine et al. 2008). Disse faktorene stemmer godt overens med de som blir uttalt på begge sykehusene. Det blir også trukket frem det å arbeide sammen i team (to intensivsykepleiere), som et viktig moment som fremmer jobbtilfredshet. En kan også se dette i en slags opposisjon til at informantene syntes det var negativt å jobbe alene på enerom, samtidig som de uttalte at det var positivt å arbeide sammen på tomannsrom. Det å jobbe i team gav en rekke positive fordeler sosialt, faglig, fysisk og psykisk. Dette hadde

direkte innvirkning på kvaliteten over behandlingen pasienten får, ved mulighet til å mobilisere og stille mer effektivt, samtidig som en kan unngå å gi ekstra sedasjon etc. for å kunne strekke over flere arbeidsoppgaver. Studien til Chaboyer et al. (2013) gjenspeiler dette med team-arbeid som en veldig viktig del av intensivsykepleien, da dette optimaliserer muligheter til å gi kvalitets pleie til pasientene. Stalpers et al. (2017) viser til at intensivsykepleiere som har mulighet til å kunne gi pleie av høy kvalitet, bidrar til økt jobbtilfredshet. Breau og Rhéaume (2014) omtaler også empowerment (tilgang til muligheter og ressurser), som kan ses som en direkte link til at to intensivsykepleiere samarbeider. Laschinger & Leiter (2006) viser også til en direkte sammenheng med jobbtilfredshet og mulighet til å utføre kvalitetspleie. Studiene supplerer også til det informantene fremhevet som viktige momenter for å kunne utføre intensivsykepleie på en tilfredsstillende måte. Et eksempel var to sykepleiere på ett rom, med hver sin pasient, da har man større rekkevidde og mulighet til å kunne yte mer effektiv og handlingskraftig pleie enn hva en intensivsykepleier kan. Samtidig styrker man på den måte jobbtilfredsheten til intensivsykepleierne og styrker muligheten for å opprettholde en høy grad av pasientsikkerhet. Informantene gav også uttrykk for at samholdet og det kollegiale var godt og trygt, hvor de følte at de kunne stole på hverandre, i den grad de betraktet sine kollegaer for mer enn kollegaer, men også som venner på (S2). Bai (2015) viser til at et godt arbeidsmiljø kan skape et attraktivt miljø for intensivsykepleiere, øke jobbtilfredsheten, og bidra til økt kvalitet på pasientpleien. Jobbtilfredsheten for intensivsykepleiere kan også påvirke forholdet mellom et godt arbeidsmiljø og kvaliteten på pleien.

Funn viser også at informantene ved begge sykehus, la stor vekt på at de hadde behov for å lufte ut tanker etter påkjenninger på jobb. Flere av informantene uttrykte at de gjerne ble sittende igjen etter jobb, for å kunne snakke ut om situasjoner som de hadde opplevd som traumatiske. Dette gjorde de for å redusere mulighetene for å ta jobben med seg hjem å bli påvirket mentalt hjemme. Van Dam et al. (2013) påpeker viktigheten av at intensivsykepleierne får styrket muligheten til sosial støtte, pga. de krevende emosjonelle og fysiske belastningene intensivsykepleierne står ovenfor. Samtidig som å ta tak i disse utfordringene er det mulig å redusere at intensivsykepleiere slutter pga. arbeidsforhold og arbeidspress. Dog er det i studien til Van Dam et al. (2013) avdelingen som skal legge til rette for at intensivsykepleierne skal få sosial støtte. Slik som informantene beskrev det, var det noe de selv tok initiativ til, også gjerne etter endt arbeidstid, uten å skrive overtid.

Med andre ord, viste informantene i høy grad evnen til å ta ansvar for seg selv. Dette gjaldt både det å luften etter påkjenninger, men også dersom andre personlige årsaker spiller inn på deres evne til å fungere optimalt på arbeid. En informant gav uttrykk for at det ikke alltid var så lett å få luftet ut, slik at informanten gikk i flere dager hjemme og ble ikke ferdig med situasjoner fra jobb. Dette gir inntrykk av at det å få snakket ut med kollegaer etter krevende situasjoner kan være en profylaktisk handling, som reduserer faren for å gå hjem med mentale arbeidsrelaterte belastninger. Dermed kan det også være med på å redusere muligheten for utbrenthet og stress. Informanter ved begge sykehus gav uttrykk for at de også har et ansvar for å ta vare på seg selv, da dette inngår i jobben som intensivsykepleier. Schmalenberg & Kramer (2007) viste til at sykepleiere med spesialisering hadde lettere for å utvikle kollegialt bånd til sykepleiere og leger, samtidig som de også var bedre rustet til å være med på autonome avgjørelser med bakgrunn i sin høye kompetanse. Funn tyder på at informantene i stor grad knyttet bånd til hverandre, og brukte det kollegiale samholdet aktivt, for å luften ut kognitiv stressende tanker. Dette kan ses i relasjon til stressmestringsteoriene til Lazarus & Folkman (1984), hvor informantene indirekte endrer forståelse av stressmomenter i etterkant av vaktene. De får tankene ut av systemet, samtidig som de får direkte tilbakemeldinger av kollegaer, som kan både relatere til situasjonen(e) og samtidig bidra med trygghet og støtte. I tillegg kan de få bekreftelse på sine tanker, at de har en verdi og informantene muligens kommer ut av situasjonen med en følelse av mestring (Lazarus & Folkman, 1984).

Muntlig rapport ble også trukket frem som en gylden mulighet til å få luften ut tanker vedrørende behandlingen og situasjonen, som har oppstått i løpet av vekten. Informantene hevdet også at responsen fra kollegaen som skulle ta over pasienten, var viktig, da en kunne få bekreftelse på at en hadde gjort arbeidsoppgavene riktig, og at det var blitt gjort så godt som en kunne. Samtidig mente de det var betryggende å vite at kollegaer som de kjente og stolte på, skulle overta og videreføre behandlingen til pasientene, hvor de da kunne slå seg til ro om at pasienten var i de beste hender. Den kollegiale støtten og samholdet står også sentralt her, i form av å støtte hverandre, samtidig bekrefter at kollegaen har gjort en god jobb, som igjen gir dem selvtillit og reduserer muligheten for at de kan gå fra jobb med følelsen av utilstrekkelighet. Intensivsykepleierne kan få luften ut bekymringer og samtidig få selvtillit ved bekreftelse fra kollegaene. En informant omtalte denne prosessen som en metode for å mestre stress.

Ved begge intensivavdelinger hadde de både en intensivsenhet og en post-operativ enhet. Informantene omtalte at rulleringen mellom disse gruppene var positivt, da det skapte variasjon i arbeidsoppgavene. En av grunnene var at det tidvis opplevdes tungt å stå med intensivpasientene vakt etter vakt, som ble omtalt som mentalt tungt. Post-operativ enhet anses som noe lettere, samtidig som pasientene i de fleste tilfeller er innom i noen timer, før de sendes videre til sengepost

Informantene la også vekt på at faglige utfordringer og kompetanse var positive momenter, som bidro til jobbtilfredshet. Spenningsmomentet var at de ikke visste hva dagen kom til å bringe, det at det alltid er noe nytt å lære, samtidig som de la vekt på at de tydelig kunne se at pasientene hadde god effekt av behandlingen.

5.3 Studiens reliabilitet og validitet

Avdelingene var positive til å bidra med informanter til fokusgruppeintervjuene og hadde ikke noen innvendinger i henhold til intervjuguide eller prosjektplan. Utvalget av informanter ble valgt ut av avdelingsleder, hvor alle informantene innfridde de kriteriene gitt på forhånd om å være informanter med de erfaringene og opplevelsene som studien tok sikte på. Dog var det et tilfeldig utvalg i henhold til hvem som var på jobb, når intervjutidspunktet var satt av avdelingsleder på de respektive avdelingene.

Samtlige informanter leste gjennom informasjonsskrivet og samtykket at de ønsket å delta frivillig, hvor ingen har trukket seg i ettertid. Av de totalt 13 informantene var to menn og 11 kvinner, som oppleves relativt representativt for kjønnsfordelingen på avdelingene. Kvale & Brinkman (2018) påpekte at mellom 6-10 informanter var et tilfredsstillende antall informanter ved fokusgruppeintervju. Ved fokusgruppeintervjuene var det henholdsvis 5 og 8 informanter, noe som oppleves som adekvat. Det å forske på eget felt, kan være utfordrende, da min forforståelse ikke kan tas vekk. Det er vanskelig å gi svar på i hvilken grad forforståelsen påvirker funn og drøftingen. Funnene oppleves troverdige da de alle omhandler erfaringer og opplevelser, som kommer fra en valid yrkesgruppe på en valid arbeidsplass i henhold til å utforske studiens problemstilling.

Det var spesielt utfordrende å drøfte utbrenthet, da få av informantene tilsynelatende hadde noen relasjon til dette. Målgruppen burde sannsynligvis vært intensivsykepleiere som hadde skiftet jobb, var sykemeldt eller lignende, for å kunne få mer utdypende utsagn vedrørende dette. I henhold til begrepet stressmestring, opplevdes begrepet som noe

ukjent, dog nevnte informantene i forbindelse med andre situasjoner og tiltak som de opplevde var synonymt med stressmestring.

Resultatene er analysert i tråd med Graneheim og Lundmans (2017) teori om innholdsanalyse. Hvor det ble benyttet en kombinasjon av fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, for å komme frem til kategori og tema. Resultatene oppleves som samsvarende med mange av forskningsartiklene som blir presentert, og oppleves som både relevante og aktuelle. På generelt grunnlag er det ikke mulig å generalisere noe ny viten, med bakgrunn i at funnene er basert på et lite antall intensivsykepleiere. Det vil kreve mer forskning for å kunne definere konkrete tiltak for å fremme jobbtilfredshet og redusere stress momenter, men funn gir indikasjoner på tiltak som kan videreutvikles i henhold til å redusere stress og fremme jobbtilfredshet.

6.0 Konklusjon

Problemstillingen tok utgangspunkt i å belyse stressmomenter for intensivsykepleiere i arbeidsdagen på intensivavdeling. Begrunnelsen for valg av tema var at stressmomenter er et aktuelt tema for intensivsykepleiere på intensivavdelinger i Norge i dag, samtidig som det også er aktuelt globalt. Det kommer frem både momenter som kan tolkes som negative, men samtidig blir en del positive momenter også nevnt, som viser en del av mangfoldet av momentene.

Informantene gav uttrykk for de opplevde flere mentalt belastende påkjenninger i arbeidet, deriblant hyppig SMS fra avdelingen om mangel på personell, noe informantene fant belastende. Informantene gav også uttrykk for at de opplevde flere tilfeller av uetisk behandling, vedrørende såkalt ikke-gunstig behandling av pasienter som de behandlet i stor grad, når informantene mente at palliativ behandling var mer etisk. Det å jobbe isolert på enerom med en eller to pasienter ble omtalt som mentalt tungt, da det var lite sosialt, vanskelig å diskutere faglige problemstillinger, samtidig som at det gav redusert mulighet for stell av pasientene, samt mobilisering. Informantene omtalte også det å ha full avdeling som belastende, da bemanningen føltes utilstrekkelig og lite fleksibel, hvor pasientene blir berørt av mindre ressurser til stell og mobilisering osv. Informanter uttalte også at de ble gående hjemme og tenke over hendelser fra jobb, som det tok lang tid og legge bak seg, da de ikke alltid var gode nok til å få snakke ut om hendelsene på jobb. Dette opplevde de som en mental belastning.

På den andre siden ble det fremhevet av andre informanter nettopp det at de var gode til å få snakket sammen med kollegaer etter belastende og krevende vakter. Dette ble beskrevet som veldig viktig for å kunne sette ord på tanker, og samtidig få bekreftelse og støtte fra sine kollegaer. I motsetning til å jobbe isolert på enerom, ble team-arbeid ansett som viktig både for informantene selv og pasientene. De gav en rekke fordeler, sosialt, faglig, samt bedre ressurser til å utføre stell og mobilisering av pasientene.

Det ble også lagt stor vekt på at samholdet og det kollegiale mellom informantene, bidrog til et godt arbeidsmiljø, som resulterte i god trivsel og trygge rammer på avdelingen.

7.0 Referanser

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143–153.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>

Alameddine, M., Dainty, K.N., Deber, R., Sibbald, W.J. (2009). The intensive care unit work environment: Current challenges and recommendations for the future. *Journal of Critical Care* (2009) 24, 243–248

Altaker, K.W., Howie-Esquivel, J., Cataldo, J.K. (2018). Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment and moral distress in intensive care unit nurses. *American journal of critical care*, July 2018, Volume 27, No. 4.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2018252>

Anstey, M.H., Adams, J.L. & McGlynn, E.A. (2015). Perceptions of the appropriateness of care in California adult intensive care units. *Critical Care* (2015) 19:51.

<https://doi.org/10.1186/s13054-015-0777-0>

Antonovsky A. (1987). Appendix: the sense of coherence questionnaire. In: *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1987a. p. 189—94.

Bai, J. (2015). Does job satisfaction mediate the relationship between healthy work environment and care quality? *Nurs Crit Care*. 2016 Jan;21(1):18-27.

<https://doi.org/10.1111/nicc.12122>

Ballangrud, R., Hedelin, B. & Hall-Lord, M.L. (2012). Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* (2012) 28, 344—354. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002>

Berland, A., & Natvig, G.K. (2006). Stress og pasientsikkerhet: En studie av jobbrelatert forandring, stress og pasientsikkerhet ved hjelp av antonovsky begrep: opplevelse av sammenheng. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 2006; 3, 30-40.

Braut, G.S. & Holmboe, J. (2015). *Pasientsikkerhet – dagens struktur I: Aase, K., Pasientsikkerhet – Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Breau, M., & Rhéaume, A. (2014). The relationship between empowerment and work environment on job satisfaction, intent to leave, and quality of care among ICU nurses. *Dynamics*, 25(3), 16–24.

Browning, E.D. & Cruz, J.S. (2018) Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses, *Journal of Social Work in End-of- Life & Palliative Care*, 14:1, 44-72, <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1437588>

Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Grealy, B., Elderkin, T., Brittin, M., McCutcheon, C., Longbottom, P., Thalib, L. (2013). Safety culture in australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *American journal of critical care*, March 2013, Volume 22, No. 2

Dolonen, K. A. (2017). Kritisk mangel på intensivsykepleiere. Hentet 13.05.2018 fra <https://sykepleien.no/2017/05/kritisk-mangel-pa-intensivsykepleiere>

Elder, N., Brungs, S., Nagy, M., Kudel, I., Render, M. (2006). Nurses' Perceptions of Error Communication and Reporting in the Intensive Care Unit. *J Patient Saf* 2008;4:162.

Fitzpatrick, J.J., Campo, T.M., Graham, G., & Lavandero, R. (2010). Certification, empowerment, and intent to leave current position and the profession among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 19, 218–226.

Fridh, I. (2014). Caring for the dying patient in the ICU - The past, the present and the future. *Intensive and Critical Care Nursing* (2014) 30, 306—311. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.004>

Galletta, M., Portoghese, I., D'Aloja, E., Mereu, A., Contu, P., Coppola, R.C., Finco, G. & Campagna, M. (2016). Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive and Critical Care Nursing* (2016) 34, 59—66

Gulbrandsen, T., & Stubberud, D. - G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Hopen, L. og Vifladt, E.H. (2004): *Helsepedagogikk. –Samhandling om læring og mestring*. Valdres Trykkeri.

Helsedirektoratet (2017). *Stress og mestring*. Hentet 2/9-2018 fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv.:* Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.

Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Mpouzika, M. & Lemonidou, C. (2013). Burnout syndrome indices in Greek intensive care nursing personnel. *Dimens Crit Care Nurs*. 2012;31(2):94/101. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182445fd2>

Kompanje, E., Piers, R.D., Benoit, D.D. (2013). Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. *Curr Opin Crit Care* 2013, 19:630 – 635 <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000026>

Kontogeorou, I., Varounis, C., Vailopoulos, G., Kelesi, M., Fasoi, G., Stavropoulou, A. 2017. Job satisfaction among intensive care unit and emergency department nurses in Greece. *Perioperative Nursing*. 6, 3, 158-170, Sept. 2017. ISSN: 2241-0481.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag AS.

Laschinger, H.K.S., & Leiter, M. (2006). The impact of nurse work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (1999). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1 (21.04.19).

Leka, S., Jain, A. (2010). Health impact of the psychosocial hazards of work: an overview. Geneva: World Health Org; 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500272_eng.pdf

Jacobsen, D. I. (2015). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Matlakala M.C., Bezuidenhout M.C., Botha A.D.H. (2014). Challenges encountered by critical care unit managers in the large intensive care units. *Curationis* 37(1), Art. #1146, 7 pages.

NSF. (2015). Mangel på spesialsykepleiere. Hentet 13.5, 2018, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2609398/17036/Mangel-paa-spesialsykepleiere->

NSFLIS. (2017). Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 17.06.2018, fra <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rothschild, J.M., Hurley, A.C., Landrigan, C.P., Cronin, J.W., Martell-Waldrop K-, Foskett, C., et al. (2006). Recovery from medical errors: the critical care nursing safety

net. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:63—72.
[https://doi.org/10.1016/S15537250\(06\)32009-0](https://doi.org/10.1016/S15537250(06)32009-0)

Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2007). Types of intensive care units with the healthiest, most productive work environments. *American Journal of Critical Care*, September 2007, Volume 16, No. 5

Schwarzkopf, D., Rüdgel, H., Thomas-Rüdgel, D.O., Felfe, J., Poidinger, B., Matthäus-Krämer, C.T., Hartog, C.S. & Bloos, F. (2016). Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians. *Crit Care Med.* 2017 Mar; 45 (3): 265-273.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002081>

Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth Heinemann.

Stalpers, D., Van Der Linden, D., Kaljouw, M.J. & Schuurmans, M. J. (2017). Nurse-perceived quality of care in intensive care units and associations with work environment characteristics: a multicentre survey study. *Journal of Advanced Nursing* 73(6), 1482–1490. <https://doi.org/10.1111/jan.13242>

Storm, M. & Wiig, S. (2010). Pasientperspektivet og sikkerhet. I: Aase, K., *Pasientsikkerhet – Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ursin, H., & Eriksen, H.R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 567-592.

Valera, I.M.A., Wisniewski, D., Reis, G.A.X., Inoue, K.C., Matsuda, L.M. (2016). Labor Conditions and Relations in Critical Care Units: a survey. *Online braz j nurs.* 2016 Jun [15 (2):196-204. <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5469>

Van Dam, K., Meewis M. & Van Der Heijden B. I. J. M. (2013). Securing intensive care: towards a better understanding of intensive care nurses' perceived work pressure and

turnover intention. *Journal of Advanced Nursing* 69(1), 31–40.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05981.x>

Van Mol, M.M.C., Kompanje, E.J.O., Benoit, D.D., Bakker, J., Nijkamp, M.D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS ONE* 10(8): e0136955.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>

Vifladt, A., Simonsen, B.O., Lydersen, S. & Farup, P.G., (2016). The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016 Oct;36:26-34. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.004>

Vink, E., Azoulay, E., Caplan, E., Kompanje, A., Bakker, E., (2018). Time-limited Trial of Intensive Care Treatment: An Overview of Current Literature. *Intensive Care Medicine* 44.9 (2018): 1369-377. Web. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5339-x>

West, E., Barron, D.N., Harrison, D., Rafferty, A.M., Rowan, K., Sanderson, C. (2014). Nurse staffing, medical staffing and mortality in Intensive Care: An observational study. *International Journal of Nursing Studies* 51 (2014) 781–794.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.007>

VEDLEGG

Vedlegg I

Informasjonsskriv til avdelingsleder vedrørende deltakelse av kvalitetsforbedringsprosjekt.

Til ass. avdelingssykepleier, x, intensivavdeling x, x sykehus. Dato 09.10.18

Forespørsel om utvelgelse av informanter/intensivsykepleiere i prosjektet:

«Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling»

Undertegnede er for tiden student ved Universitetet i Stavanger og er nå i gang med mastergrad i intensivsykepleie. Jeg ønsker fokus på stressmomenter som påvirker arbeidsdagen og arbeidsmiljøet til intensivsykepleiere ved intensivavdelingen.

Hensikten med denne studien er å indentifisere stressmomenter hos intensivsykepleiere i arbeidsdagen ved intensivavdelingen, samt å fremme forslag til tiltak som kan bidra til en bedre arbeidshverdag for intensivsykepleiere.

I studien vil det bli benyttet fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode, som er en samtale i en gruppe hvor flere intensivsykepleiere deltar. Det blir vektlagt følgende tema: jobbtilfredshet, utbrenthet, stress og stressmestring, og pasientsikkerhet.

De opplysningene som eventuelt kommer frem har ikke andre formål enn å være en del av masteroppgaven, hvor de i beste fall kan være medvirkende til å fremme konkrete tiltak for intensivsykepleiere ved intensivavdelinger.

Jeg ber med dette om bistand til utvelgelse av 5-6 aktuelle informanter og det er frivillig deltakelse. Kriteriene for utvelgelse av intensivsykepleiere er:

gyldig videre-/masterutdanning i intensivsykepleie

fast stilling ved intensivavdeling

arbeidsaktiv

minst 1 år ansiennitet/arbeid som intensivsykepleier ved en intensivavdeling.

Alle deltakerne vil få tilsendt et informasjonsskriv om studiens formål, hvordan intervjuene er tenkt gjennomført og etiske forholdsregler (se vedlegg). Dette skrivet kan eventuelt også gis ved forespørsel i avdelingen. Dette informasjonsskrivet er vedlagt i denne mailen, der de som samtykker i å delta i studien, signerer og returnerer ved oppstart av intervju til undertegnede som da får ytterligere informasjon om prosjektet.

Undertegnede er spesielt oppmerksom på at intensivsykepleierne har taushetsplikt, her gjelder også det som blir sagt av deltakerne i fokusgruppeintervjuet. Informasjon som kommer frem i intervjuene vil ikke kunne kjennes igjen av lesere av besvarelsen.

Intervjuene vil fortrinnsvis foregå på sykehuset. Samtalen vil vare ca. 60 minutter, den vil bli tatt opp på bånd og konfiskert etterpå, slik at anonymiteten ivaretas. Resultatene av studien vil bli presentert i masteroppgaven i 2019. Veileder ved Universitetet i Stavanger er Dagrunn Nåden Dyrstad. Ta gjerne kontakt for ytterligere informasjon.

Med vennlig hilsen

Anders Ask

Tlf. 45473254 mail: andersjask@gmail.com

Forespørsel om utvelgelse av informanter blant intensivsykepleiere

Svar:

Som ass. avdelingssykepleier ved intensivavdeling godkjenner jeg at bistand til utvelgelse av informanter kan gis til masterprosjektet:

«Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling»

Dato:

Signatur:

Vedlegg II
Informasjon om kvalitetsforbedringsprosjekt og samtykkeskjema.

Vil du delta i kvalitetsforbedringsprosjektet

«Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor formålet handler om å kartlegge stressmomenter som påvirker arbeidsdagen og arbeidsmiljøet til intensivsykepleiere ved intensivavdelinger. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er knyttet til utdanningen, master i intensivsykepleie og resulterer i en masteroppgave. Hensikten er å indentifisere de stressmomenter som oppleves mest relevante (positive og negative) i ditt arbeid ved intensivavdelingen, samt å fremme forslag til tiltak som kan bidra til en bedre arbeidshverdag for intensivsykepleiere. Du er invitert til å delta i et fokusgruppeintervju, som er en samtale i en gruppe hvor flere intensivsykepleiere deltar. Det blir vektlagt følgende tema: jobbtilfredshet, utbrenthet, stress og stressmestring, og pasientsikkerhet.

De opplysningene som eventuelt kommer frem har ikke andre formål enn å være en del av masteroppgaven, hvor de i beste fall kan være medvirkende til å fremme konkrete tiltak for intensivsykepleiere ved intensivavdelinger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Kvalitetsforbedringsprosjektet er tilknyttet Universitetet i Stavanger. Det er planlagt fokusgruppeintervju ved x sykehus, hvor det utnevnes en intern prosjektleder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet er avhengig av å få førstehåndsinformasjon av intensivsykepleiere med direkte tilknytning til intensivavdeling, hvor de kan bidra med relevant og direkte kunnskap fra egenbasert erfaring. Krav for å delta i studien er:
gyldig videreutdanning som intensivsykepleier
fast stilling ved intensivavdeling
arbeidsaktiv
minst 1 år ansiennitet/arbeid som intensivsykepleier ved en intensivavdeling.

Det er leder ved din intensivavdeling som har plukket deg ut, basert på dine gyldige kriterier for å kunne delta i kvalitetsforbedringsprosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Kvalitetsforbedringsprosjektet vil foregå ved at du deltar i et fokusgruppeintervju. Selve intervjuet vil ha en varighet på ca. 1 time. Det vil bli stilt 4-6 spørsmål med relevans for nevnte tema. Fokusgruppeintervjuet vil bli tatt opp på lydbånd (for å kunne bli transkribert og analysert i etterkant), samt at det tas notater underveis. Selve samtalen vil kun være tilgjengelig for forfatter og kun brukt til å ferdigstille prosjektet. Lydopptaket, samt transkribert datamateriale vil bli slettet ved endt prosjekt.

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du signerer et samtykkeskjema og deltar i en gruppesamtale/-intervju vedrørende det aktuelle temaet. I forkant av

fokusgruppeintervjuet vil det bli en kort brifing vedrørende praktisk informasjon om gjennomføring av intervjuet og en kort informasjonsdel om tema.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelse i prosjektet har ingen innvirkning ved ditt arbeid i avdelingen, eller kan heller ikke bli sporet opp mot ditt arbeid ved avdelingen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Kun forfatter vil ha tilgang til data og lydopptak.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alle data og lydopptak vil bli lagret kun hos forfatter på kryptert harddisk.

En veileder ansatt ved UiS vil være involvert i prosjektet og bistå med rådgiving og faglig veiledning

Deltakere vil ikke kunne bli gjenkjent i en eventuell publisering eller i selve masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes Juni, 2019. Lydopptak vil bli slettet og transkriberte data vil bli anonymisert, etter endt studie.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,
få slettet personopplysninger om deg,
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiS har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Universitet i Stavanger, Master i intensivsykepleie.

Forfatter: Anders Ask, email: andersjask@gmail.com tlf: 45 47 32 54

Veileder UiS: Dagrunn Nåden Dyrstad, email: dagrunn.n.dyrstad@uis.no tlf: 93 67 68

24

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «*Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju
at mine personopplysninger lagres til prosjektslutt, til dokumentasjon av deltakelse og samtykke av konfidensialitet (kun dette skjema).

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. Juni 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg III
Fokusgruppeintervjuguide

Fokusgruppeintervjuguide

Spørsmål:

Tema 1. Jobbtilfredshet

Kan dere beskrive hva dere legger i ordet 'jobbtilfredshet'?

Hvilke momenter spiller inn på graden av jobbtilfredshet i positiv retning for dere som intensivsykepleiere?

Hvilke momenter spiller inn på graden av jobbtilfredshet i negativ retning for dere som intensivsykepleiere?

Hva fremmer jobbtilfredshet?

Tema 2. Utbrenthet

Hvilke momenter oppleves som slitsomme og utmattende i arbeidshverdagen?

Hva kan grunnen til det være?

Hva kan avdelingen gjøre annerledes?

Hva kan dere gjøre annerledes?

Tema 3. Stressmestring

Hva forbinder dere med stress på jobb?

På hvilken måte takler dere stress i arbeidshverdagen ved intensivavdelingen?

Hvordan opplever dere avdelingens innfallsvinkel og fokus mot stress og stressmestring?

Hva er deres eget ansvar for å mestre stress i arbeidshverdagen?

Hvilke tiltak mener dere kan iverksettes for å eventuelt redusere stress i arbeidshverdagen til intensivsykepleierne?

Tema 4. Konsekvenser for pasienten

Hvilken sammenheng tenker dere det kan være mellom deres jobbtilfredshet og pasientens tilfredshet?

Hvordan opplever dere at jobbtilfredshet og/eller utbrenthet påvirker pasientomsorg og -behandling?

Avslutningsvis, ønsker dere å meddele noe som det ikke er blitt spurt om, og som det er viktig å få fram vedrørende dette temaet

Fortell gjerne en historie som dere har opplevd i deres arbeid vedrørende dette temaet!

Vedlegg IV

Svar fra Norsk Senter for Datalagring.

NSD sin vurdering
Prosjekttittel
"Stressmomenter i intensivsykepleierens arbeidsdag ved intensivavdeling»

Referansenummer
132417

Registrert
25.09.2018 av Anders Jørgen Ask - a.ask@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)
Dagrunn Nåden Dyrstad, dagrunn.n.dyrstad@uis.no, tlf: 93676824

Type prosjekt
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student
Anders Ask, andersjask@gmail.com, tlf: 45473254

Prosjektperiode
31.10.2018 - 16.06.2019

Status
21.11.2018 - Vurdert

Vurdering (1)
21.11.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 21.11.2018 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 16.6.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig

grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysninger er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

